Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil
Un estudio de casos

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Maria Rejane Ferreira da Silva
Jean-Pierre Unger
Pierre de Paepe
–Editores académicos–



Colección
Textos de Medicina
y Ciencias de la Salud







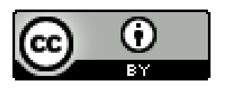




Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos.

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Maria Rejane Ferreira da Silva
Jean-Pierre Unger
Pierre de Paepe
(eds.)

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. R*edes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, 390 p. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: https://books.scielo.org/id/xbqty/. https://doi.org/10.12804/tm9789587388121.



Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil
Un estudio de casos

Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos

Resumen

En este libro se presenta una parte de los resultados del proyecto internacional de investigación "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil (Equity-LA)", financiado por la Unión Europea y en el que participaron seis instituciones de cuatro países, dos europeos (España y Bélgica) y dos latinoamericanos (Colombia y Brasil). La investigación se diseñó con el propósito de mejorar la comprensión sobre el impacto de la implementación de las redes integradas de servicios de salud en el acceso, la coordinación, la eficiencia y la equidad de acceso, en diferentes contextos de Latinoamérica. El estudio además de evidencia, generó nuevas preguntas, que dieron lugar al proyecto Equity LA II (www.equity-la.eu), actualmente en desarrollo, también financiado por la Unión Europea, que profundiza en sus resultados y amplía el análisis a cuatro países más de América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay. Los resultados contenidos en esta obra se refieren a los aspectos de acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en las redes de servicios de salud, que se analizan mediante un estudio de casos, basado en estudios cualitativos y cuantitativos y cuyos datos se recogieron entre 2009 y 2012.

Palabras clave: Redes integradas de servicios de salud, acceso, coordinación de la atención, continuidad, calidad, Colombia, Brasil.

Integrated health care networks in Colombia and Brazil. A cases study

Abstract

This book presents some of the results from the international research project "Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks in Colombia and Brazil (Equity-LA)". Equity-LA was funded by the European Union and had the participation of six institutions from four countries, two European (Spain and Belgium) and two Latin American (Colombia and Brazil). The project's main objective was to understand the impact of implementing integrated health care networks on access, coordination, efficiency, and equity of access in different Latin American contexts. This study provided results, but also generated new questions that led to Equity LA II project (www.equity-la.eu). Currently undergoing and funded by the European Union, Equity LA II will include data from four additional countries in Latin America (Argentina, Chile, Mexico, and Uruguay) with the objective of broadening this understanding. The analyses described in this work refer exclusively to questions of access, coordination, continuity, and quality of care in health service networks, which are analyzed through a cases study, based on qualitative and quantitative data collected between 2009 and 2012.

Keywords: Integrated health care networks, access, coordination of care, continuity, quality, Colombia, Brazil.

Citación sugerida:
Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, da Silva MR, Unger JP, de Paepe P. (Eds.). Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2017.
DOI: dx.doi.org/10.12804/tm9789587388121

Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil
Un estudio de casos

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Amparo Susana Mogollón-Pérez
Maria Rejane Ferreira da Silva
Jean-Pierre Unger
Pierre de Paepe
–Editores académicos–

Redes *integradas* de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. / María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón Pérez, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean Pierre Unger, Pierre de Paepe. - Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018.

xxxii, 392 páginas.

Incluye referencias bibliográficas.

Salud pública - América Latina - Investigación / Redes regionales de salud - Colombia / Redes regionales de salud - Brasil / Servicios de salud - Colombia / Servicios de salud - Brasil / Salud Pública / I. Vázquez Navarrete, María Luisa / II. Vargas Lorenzo, Ingrid / III. Mogollón Pérez, Amparo Susana / IV. Ferreira da Silva, Maria Rejane / V. Unger, Jean Pierre/ VI. Paepe, Pierre de / VII. Título / VIII. Serie.

362.1068 SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. Biblioteca

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995







Primera edición: Bogotá D.C., enero de 2018

ISBN: 978-958-738-811-4 (impreso)
ISBN: 978-958-738-812-1 (digital)
DOI: dx.doi.org/10.12804/tm9789587388121

Coordinación editorial: Editorial Universidad del Rosario
Corrección de estilo español: Lina Morales
Corrección de estilo portugués: Carolina Carvalho
Diseño de cubierta y diagramación:
Precolombi EU-David Reyes
Impresión: Panamericana Formas e Impresos S. A.

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Este libro presenta una parte de los resultados del proyecto Equity-LA (http://www2.equity-la.eu/), que fue financiado por el Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013) de la Unión Europea, como Acción de Cooperación Internacional Específica (SICA), Cooperación, Salud, dirigida al objetivo estratégico: "Acceso a la salud universal y equitativa y financiación sanitaria", bajo el Acuerdo de Subvención Nº 223123.

Contenido

Lista de abreviaturas xi

Los autores xv

Agradecimientos xxi

Prólogo xxiii

Prefácio xxvii

Introducción xxix

I. Marco de análisis, objetivos y métodos

Capítulo 1. Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud 3
María Luisa Vázquez Navarrete e Ingrid Vargas Lorenzo

Capítulo 2. Objetivos y métodos del estudio 21
María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez y Maria Rejane Ferreira da Silva

II. Análisis de las redes de servicios de salud en Colombia

Capítulo 3. Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia 47
Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez y María Luisa Vázquez Navarrete

Capítulo 4. El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales 63
Lilia Virginia García-Sánchez, Amparo Susana Mogollón-Pérez y María Luisa Vázquez Navarrete

Capítulo 5. La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales 99
Heisel Gloria León Arce, Amparo Susana Mogollón-Pérez e Ingrid Vargas Lorenzo

Capítulo 6. Desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2 129
Natalia Morales Eraso, Carol Ximena Cardozo Guzmán, Pierre de Paepe, Amparo Susana Mogollón-Pérez

Capítulo 7. La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2 147
Josefina Chávez Chávez, Margin del Socorro Martínez, Sandra Carolina Valencia Lara, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Joan Sabater, Jean-Pierre Unger

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil

Capítulo 8. As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil 185
Ingrid Vargas Lorenzo, Maria Rejane Ferreira da Silva, Itamar Lages e María Luisa Vázquez Navarrete

Capítulo 9. O acesso ao contínuo assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto vista dos atores principais 197
Maria Rejane Ferreira da Silva, João Paulo Reis Braga, Giselle Campozana Gouveia e Ederline S. Vanini de Brito

Capítulo 10. A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais 223
Ederline S. Vanini de Brito, Maria Rejane Ferreira da Silva e Ingrid Vargas Lorenzo

Capítulo 11. Desempenho das redes de serviços de saúde em relação à coordenação, ao acesso e à qualidade da atenção ao câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2 249
Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão-Filho, Maria Rejane Ferreira da Silva, Isabel Cristina Areia Lopes Pereira, Ederline S. Vanini de Brito e Pierre de Paepe

Capítulo 12. A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2 259
Maria Rejane Ferreira da Silva, Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, Alexsandra Xavier do Nascimento, Ederline S. Vanini de Brito, Wagner Santos do Nascimento e Jean-Pierre Unger

IV. Conclusiones y recomendaciones

Barreras y oportunidades para la contribución de las Redes Integradas de Servicios de Salud al acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil 297
María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger y Pierre de Paepe

Retos de futuro para la implantación de redes de servicios de salud en Colombia y Brasil 321
María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger y Pierre de Paepe

V. Bibliografía

VI. Anexos

A. Instrumentos de recogida de datos 351

Guías de entrevista para el estudio cualitativo sobre el acceso y la coordinación en las redes integradas de servicios de salud.... 353

Guías de entrevistas individuales y revisión de historias clínicas para el estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2 361

Roteiros para as entrevistas do estudo qualitativo sobre o accesso e a coordenação nas redes de serviços de Saúde.......... 367

Roteiros de entrevistas individuais e revisão de historias clínicas para o estudo de caso de usuárias com cáncer de mama e diabetes mellitus tipo 2 375

B. Glosario 381

C. Artículos publicados con resultados del estudio 389

Lista de abreviaturas

Sección II

ALAD	Asociación Latinoamericana de Diabetes
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CA	Cáncer de mama
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CTC	Comités técnicos científicos
DQIP	Diabetes Quality Improvement Project
EPS	Empresa promotora de salud
EPS-S	Empresa promotora de salud subsidiada
ESE	Empresa social del Estado
ETS/sida	Enfermedad de transmisión sexual/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
FTS	Fondos territoriales de salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
HC	Historia clínica
IMC	Índice de masa corporal
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
HC	Historia clínica
Mapipus	Manual de actividades, intervenciones y procedimiento
MSPS	Ministerio de la Salud y Protección Social
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PIB	Producto interno bruto
PIC	Plan de intervenciones colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

RISS Redes integradas de servicios de salud
SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SMLMV Salario mínimo legal mensual vigente
UPC Unidad de pago por capitación

Sección III

AB Atenção básica
ACS Agente comunitário de saúde
AE Atenção especializada
CAAE Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CAMI Centros de atención inmediata
CAPS Centros de atención psicosocial
CAR Caruaru
CGR Clegiados de gestión regional
CIB Comissão Intergestora Bipartite
CIR Comisión Intergubernamental Regional
CIT Comissão Intergestores Tripartite
Conasems Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cosems Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DS III Distrito Sanitário III
ESB Equipos de salud bucal
ESF Equipos de salud de la familia
GE Gerentes
Hiperdia Programa especial para hipertensos e diabéticos
NASA Núcleo de Apoyo a la Salud del Adolescente
PA Profissionais administrativos
PACS Programa de Agentes Comunitários de saúde
PAU Paulista
PCC Plano de Cargos e Carreira
PDR Plano Director de Regionalização
PPI Programação Pactada e Integrada de Atenção en Saúde
PSF Programa Saúde da Família
PSI Profissionais de saúde do nível básico

PSII	Profissionais do nível especializado
REC	Recife
RT	Residencias terapéuticas
SAMU	Unidad Móvil de Atención de Urgencia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBA	Unidad Básica de Atención
UBS	Unidades básicas de salud
UBT	Unidade de Saúde Tradicional
UPA	Unidades primarias de atención
USC	Usuários do serviço cadastrados
USD	Usuários sem cobertura
USF	Unidade de Saúde da Família

Los autores

María Luisa Vázquez Navarrete

Médica (Universidad de Cádiz), especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, doctora en Medicina (Universidad de Heidelberg) y magíster en Políticas, Planificación y Financiación de Salud (Universidad de Londres). Investigadora principal y coordinadora del proyecto “Impacto en la equidad de acceso y eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil”. Inició su carrera como investigadora en el Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de Heidelberg y continuó como profesora de Promoción de la Salud y Salud Pública Internacional en la Liverpool School of Tropical Medicine, hasta trasladarse a España en 1998, donde es directora del Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud del Consorci de Salut i Social de Catalunya.

Ingrid Vargas Lorenzo

Economista, magíster en Políticas Públicas y Sociales y doctora en Salud Pública. Investigadora principal del proyecto “Impacto en la equidad de acceso y eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil”. Desde 1998 es investigadora del Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud del Consorci de Salut i Social de Catalunya, donde lleva a cabo actividades de investigación, apoyo técnico a responsables de la formulación de políticas de salud y docencia.

Amparo Susana Mogollón-Pérez

Fisioterapeuta y administradora de empresas, especialista en Docencia Universitaria, PhD en Salud Pública e Investigación Biomédica. Profesora titular de carrera académica del programa de fisioterapia de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Investigadora principal del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil". Posee amplia experiencia investigativa en el campo de las políticas públicas, el análisis de redes de servicios de salud, en particular en problemas relacionados con el acceso, la coordinación y la continuidad asistencial.

Maria Rejane Ferreira da Silva

Enfermera, profesora e investigadora de la Universidade de Pernambuco y de la Fiocruz/PE. Especialista, magíster y doctora en Salud Pública. Miembro del Grupo de Investigadores de África y América Latina (GRAAL). Investigadora principal del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Jean-Pierre Unger

Médico, magíster y doctor en Salud Pública. Profesor adjunto del Instituto de Medicina Tropical (ITM) y miembro honorario sénior de investigación Queen Mary University of London. Codirector de la Maestría en Salud Pública del ITM durante catorce años. Especialista en Gestión y Políticas de Atención de Salud sin Fines de Lucro. Investigador principal del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Pierre de Paepe

Médico, salubrista y economista de la salud. Investigador principal del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Carol Ximena Cardozo Guzmán

Estadística, candidata a magíster en Estadística. Beneficiaria del programa de becas como joven investigadora del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Investigación (Colciencias-Universidad del Rosario) para el proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Josefina Chávez Chávez

Fisioterapeuta, candidata a magíster en Epidemiología. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil" y en la actualidad del Proyecto Equity LA II. Posee experiencia en investigación cualitativa en continuidad asistencial en redes de servicios de salud.

João Paulo Reis Braga

Politólogo. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Ederline S. Vanini de Brito

Enfermera y magíster en Infancia y Adolescencia. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão-Filho

Médico pediatra, magíster en Medicina, doctor en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Pernambuco. Investigador del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Médica, especialista en Ginecología. Investigadora del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Margin del Socorro Martínez

Fisioterapeuta, especialista en Docencia Universitaria, magíster en Salud Pública. Profesora principal de carrera académica en el programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario. Desarrolló su tesis de maestría en el marco del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Alexsandra Xavier do Nascimento

Enfermera y magíster en Infancia y Adolescencia. Profesora e investigadora de la Universidad de Pernambuco. Investigadora del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Wagner Santos do Nascimento

Politólogo. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Lilia Virginia García Sánchez

Fisioterapeuta, magíster en Antropología Social. Profesora principal de carrera académica del programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario. Dedicada a la investigación social en los campos de acceso a los servicios de salud, determinantes sociales en salud e imaginarios sociales en torno a la discapacidad. Investigadora del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Giselle Campozana Gouveia

Farmacéutica, magíster y doctora en Salud Pública. Tecnóloga de la Fundação Oswaldo Cruz. Investigadora del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil". Tiene experiencia investigadora en evaluación de sistemas de salud desde la perspectiva de los usuarios, análisis epidemiológicos, sida y tracoma. Actualmente es coordinadora de la Encuesta nacional de hogares de tracoma en Brasil y miembro

permanente del comité de ética en investigación con seres humanos CPqAM/Fiocruz desde hace diez años.

Itamar Lages

Enfermero, magíster en Salud Pública, profesor e investigador de la Universidade de Pernambuco. Investigador del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil". Trabaja en el ámbito de las políticas públicas.

Heisel Gloria León Arce

Fisioterapeuta, magíster en Gobierno y Políticas Públicas. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil" y en la actualidad del Proyecto Equity LA II. Posee experiencia en investigación cualitativa en el área de coordinación asistencial en redes de servicios de salud.

Isabel Cristina Areia Lopes Pereira

Médica con formación en oncología quirúrgica y especialización en Mastología. Coordinadora del Servicio de Referencia para el Tratamiento de Cáncer de Mama en Recife (Brasil). Supervisora y profesora de Mastología del grado de Medicina de la Facultad Pernambucana de Salud y en la residencia médica ginecología-obstetricia, cirugía plástica, cirugía oncológica y de mastología. Magíster en Salud Materno-Infantil. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Joan Sabater Bustamante

Médico general, especialista y magíster en Salud Pública. Docente en Salud Pública en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz (España). Cooperante internacional durante quince años y consultor en varios proyectos de la Unión Europea. Ayudante técnico de la Unidad de Salud Pública en el Instituto de Medicina Tropical de Amberes (Bélgica).

Sandra Carolina Valencia Lara

Psicóloga y magíster en Psicología con Énfasis en Salud. Asistente de investigación del proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil". Docente del programa de Psicología e investigadora del área de salud, conocimiento médico y sociedad del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS) de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Posee experiencia investigativa en psicología de la salud, psicooncología y salud pública en Colombia.

Natalia Stephany Morales Eraso

Fisioterapeuta. Especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud. Beneficiaria del programa de becas como joven investigadora del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Investigación (Colciencias-Universidad del Rosario) para el proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil".

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las instituciones participantes que hicieron posible este estudio y muy especialmente a los gerentes, profesionales de la salud, personal administrativo y usuarios que generosamente compartieron su tiempo, experiencias y opiniones, en los que se basan los resultados aquí presentados.

A la Unión Europea, por la financiación recibida del Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013), Acuerdo de Subvención Nº 223123, al proyecto "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en Colombia y Brasil (Equity-LA)".

A los scientific y financial officers que nos apoyaron en la implementación del Proyecto y especialmente a Albrecht Jahn, Barbara Kerstiens y Anna-Paola Valeri-Lozano.

A los miembros del Comité Científico Internacional del proyecto: Nuria Homedes, Asa Cristina Laurell, Juan Garay, Alicia Ugá.

También, deseamos manifestar nuestro agradecimiento a las siguientes instituciones y personas que apoyaron el proyecto:

España

Al Consorci de Salut i Social de Catalunya y a los miembros del equipo del Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS): Irene García Subirats, Marta B. Aller, Diana Henao Martínez, Sina Waibel y Nuria Martínez Amor, que con su excelente trabajo han hecho posible el buen desarrollo del proyecto.

Colombia

Al Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca, la Alcaldía Municipal de Soacha, la Secretaría Municipal de Salud de Soacha, las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las instituciones prestadoras de servicios de salud, el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego y las entidades

administradoras de planes de beneficios en salud del régimen contributivo y subsidiado que participaron en el estudio.

A los doctores Rafael Riveros Dueñas, Jeannette Vélez Ramírez, Leonardo Palacios Sánchez, Sandra Guarín, Luz Dary Carmona Moreno, Beatriz Guerrero, Osvaldo Salgado, Juan Mauricio Pardo Oviedo, Luis Fernando Rodríguez Ibagué, Daniel Blanco Santamaría, por su respaldo decidido al desarrollo del proyecto.

A todos aquellos asistentes de investigación que participaron en algún momento del proceso de investigación: Ana María Barragán González, Sandra Liliana López Arana, Mónica Viviana Pinilla, Diana Parrado, Andrés Felipe Salazar, Paola Castilla, Angélica Fonseca, Laura Natalia Bejarano, Mauricio Olivella, Lina Laverde, Diana Carolina Páez, Karen Rodríguez, Johanna Camila Casas Cortés, Luisa Fernanda Castañeda Guarnizo, Luisa Montoya, Natalia Rodríguez, María de los Ángeles Palacios.

A los supervisores, encuestadores y digitadores que apoyaron el levantamiento y transcripción de la información.

Brasil

À Secretaria de Saúde de Recife, I Gerência Regional de Saúde, Secretaria de Saúde de Caruaru, IV Gerência Regional de Saúde, Associação Caruaruense de Ensino Superior/Asces, Secretaria de Saúde de Paulista, Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Capibaribe, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Distrito Sanitário III, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Centro de Saúde Ermírio de Morais, Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC), Ministério da Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Hospital Barão de Lucena – HBL, Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP, Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC.

A Alene Bezerra, Ana Carolina Cintra de Melo Medeiros, Andrea Ribeiro dos Santos, Andréa Rosane Sousa Silva, Camila Soares, Catarina de Andrade Lima, Cecília Santiago, Denise Rafaela Claudino Guerra da Silva, Deyse Diniz, Edivânia Felix dos Santos, Emanuella Margareth L. R. Martins, Fabiana Ferreira da Silva, Gladys Pereira, Idalacy Barreto, Juliana Brito Gonçalves, Juliana Pontes, Juliane Raquel Miranda de Santana, Lauana Souza, Lívia Botelho Félix, Luciana Camelo de Albuquerque, Manuel de Lima Acioli Neto, Marcela Maia, Marcelo Freire Frazão, Mariana Boulitreau, Romena Figueredo Machado, Rosana Ferreira, Sayonara A. V. Lima, Vanessa Souto de Mello, Wanessa Gomes.

Prólogo

La literatura en salud pública suele referirse a los sistemas de salud como organizaciones formales regidas por argumentos racionales y por principios técnicos. Sin embargo, este supuesto no siempre se cumple en la vida real, donde los estudios sugieren en cambio que la estructura y el funcionamiento de dichos sistemas responden a contextos heterogéneos, los cuales se imponen a su estructura y su dinámica; entre ellos las condiciones socioeconómicas y los intereses predominantes en la región.

Otra concepción ampliamente difundida, pero muy restringida en sus alcances y poco coherente con una visión holística, asimila los sistemas de salud a organizaciones asistenciales proveedoras de servicios médicos desconociendo la existencia e importancia de otras formas de respuesta social a las necesidades colectivas, entre ellas los sistemas populares y las agencias que actúan sobre el ambiente, el comportamiento humano, los sistemas políticos y la economía. Estas manifestaciones de la dinámica social, más que categorías adicionales, pueden constituir la esencia misma de los sistemas de salud y nos obligan a ir más allá de las visiones reduccionistas limitadas al análisis de los servicios asistenciales.

Desde esta perspectiva, los sistemas de salud pueden asumirse como construcciones sociales convencionales particularmente complejas y altamente dependientes de sus entornos, lo que hace muy difícil evaluarlos de manera integral. Tales sistemas son organizaciones complejas en la medida en que su objeto involucra una amplia gama de necesidades humanas estrechamente relacionadas entre sí, y se consideran dependientes de sus entornos por cuanto son el resultado de procesos históricos e interacciones sociales que les van dando forma y que determinan, bajo las apariencias, su estructura y su desempeño.

Los sistemas de salud involucran las agencias proveedoras de servicios médicos, cuya respuesta puede ser no solamente un recurso invaluable para aliviar el sufrimiento humano y prolongar la vida, sino también un derecho fundamental de las personas; a este respecto, insistir en la importancia de la atención médica sonaría obvio, si varios estudios de la región no nos hubieran alertado ya sobre las dificultades de amplios sectores de la población para acceder a la atención médica apropiada y la vulneración sistemática de los derechos de los enfermos a recibir servicios básicos.

Más allá del cuidado médico, la efectividad de los sistemas de salud involucra también, aunque ello no sea siempre explícito ni reconocido por los analistas, la organización de las demás condiciones sociales que influyen favorable o desfavorablemente en la existencia y en el proceso salud-enfermedad, entre ellas el proceso de producción de bienes, la distribución de la riqueza, los alimentos, el agua, la educación, la energía, la calidad del ambiente, la cultura y las estructura políticas. Son precisamente estas condiciones las que pudieran explicar la dinámica no solo de la salud y la enfermedad, sino también del éxito o fracaso de los servicios médicos formales.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, podría pensarse que las dificultades que enfrenta el evaluador al valorar los sistemas de salud no radica tanto en la selección y aplicación rigurosa de técnicas y métodos que aseguren la calidad de la información, sino en la fundamentación del proceso evaluativo; fundamentación que trasciende el ámbito meramente académico cuando se considera que el sufrimiento y la muerte temprana de gran parte de la población dependen de la capacidad de los sistemas de salud para responder a sus necesidades prioritarias. Así las cosas, una evaluación basada en la valoración del sufrimiento humano y en el reconocimiento de los derechos de las personas a las mejores condiciones de existencia posibles no se limitará entonces a recoger información e interpretarla desde criterios normativos, sino en valorar los hechos a la luz del bien común y de los principios éticos asumidos por los evaluadores.

Este es el gran reto del presente documento, donde notables investigadores de América y Europa, inspirados en los principios del proyecto Equity-LA, que busca enfrentar la inequidad y la ineficiencia de las reformas sanitarias implantadas en Latinoamérica, abordan la situación de los sistemas de salud de Colombia y Brasil desde una de sus categorías

esenciales, el desempeño de los servicios formales de atención médica en términos del acceso de la población, la coordinación y la calidad.

El interés por estudiar este aspecto específico de los sistemas de salud obedeció a que los organismos internacionales vienen posicionando en el mundo la propuesta de organizar redes integradas de servicios de salud, como respuesta a las críticas de fragmentación y descoordinación que han recibido las reformas sanitarias neoliberales, sin que a la fecha se disponga de evidencia sobre las bondades reales de tales redes. Adicionalmente, se consideró necesario establecer si los gobiernos de la región, influenciados por las políticas económicas de las agencias internacionales, han mostrado un real interés en controlar la fragmentación de sus sistemas formales de salud o han hecho esfuerzos efectivos por articular y organizar los servicios de atención médica. Una tercera inquietud de los investigadores se centró en caracterizar el apoyo gubernamental a las instituciones estatales de salud y la capacidad de estas agencias para enfrentar las presiones de la industria del aseguramiento.

Argumentando que la organización de los servicios asistenciales en los diferentes países de la región ha sido profundamente influenciada por los principios utilitaristas del modelo de libre mercado impuestos desde los organismos financieros y los gobiernos centrales, los investigadores buscan caracterizar la capacidad de las redes de servicios para responder a las necesidades de la población en dos países con distintos modelos de gestión: uno de ellos organizado sobre la hipótesis de que la competencia regulada es la mejor opción para superar las inequidades, y el otro sobre los principios de un sistema único descentralizado a cargo del Estado. Para ello los autores debieron no solamente construir un marco conceptual apropiado que permitiera la comparación, sino también una metodología que facilitara el acceso a diferentes fuentes de información primaria y secundaria; a este respecto merece especial atención el esfuerzo de los investigadores por reconstruir la dinámica de las redes de servicios a partir de las experiencias de los actores involucrados.

Aunque los hallazgos del estudio dan cuenta de aspectos particulares propios de cada uno de los países, coinciden en destacar serias limitaciones de los sistemas formales, especialmente relacionadas con la fragmentación de los servicios y las barreras de acceso a la población; dichas características, que han sido subrayadas de forma repetida por

distintos autores como la clave de sistemas no regulados, se encuentran tanto en Colombia como en Brasil, y hacen pensar que la influencia del modelo neoliberal trasciende la lógica explícita de los modelos nacionales de gestión sanitaria.

Los hallazgos sugieren también que la equidad y el mejoramiento del acceso, la coordinación y la continuidad de la atención, objetivos explícitos enfatizados por los promotores de las redes integradas, son precisamente las mayores debilidades que se evidencian en los países estudiados. Otro de los resultados específicos del estudio, relacionado con la calidad de los servicios en dos eventos tan importantes para el perfil epidemiológico de la región, como son la diabetes mellitus tipo II y el cáncer de mama, refleja también las múltiples dificultades que enfrenta la población afectada por enfermedades crónicas.

Por la complejidad de los sistemas de salud y su relevancia sobre la salud pública, los lectores encontrarán en los métodos y los hallazgos de este estudio un interesante punto de partida para continuar en el análisis de la respuesta social al proceso salud-enfermedad, y en el reconocimiento de las condiciones de inequidad que se vienen imponiendo a la gestión sanitaria desde corrientes y modelos promovidos por los defensores del mercado no regulado.

Rubén Darío Gómez-Arias, md, msp, PhD
Secretario Ejecutivo
Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Prefácio

A partir dos anos 1990 praticamente todos os países da América Latina e do Caribe passaram por reformas no setor da saúde. As principais motivações dessas reformas foram as crises que incidiram sobre os sistemas de saúde da região, evidenciadas pelo acesso restrito da população a serviços fragmentados, de qualidade precária e de custos elevados. No âmbito internacional, o neoliberalismo e a globalização alicerçaram uma série de mudanças na ordem política e econômica, provocando a redução do papel do Estado, condição que passou a modular as relações de produção, circulação e consumo de mercadorias, serviços e do capital. Nesse contexto, em que as reformas sanitárias enfrentaram problemas de financiamento e de gestão do setor da saúde, que distintos organismos internacionais propõem, como uma das alternativas para melhorar o acesso e a eficiência de sistemas de saúde, a estruturação de Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS. Estes processos recentes ainda são inconclusos e marcados por contradições relacionadas ao conteúdo dos modelos de reforma e pelos distintos resultados alcançados em cada país. Tais resultados dependem do nível de estruturação das políticas públicas, da correlação de forças interna dos grupos políticos dominantes e do grau de interação da comunidade técnico-científica com as estruturas de poder no âmbito dos governos.

Na edição bilíngue do livro "O acesso à atenção, à coordenação e à continuidade entre níveis de atenção nas Redes de Serviços de Saúde da Colômbia e do Brasil – Resultados do projeto Equity-LA", os autores nos oferecem a oportunidade de acompanhar a discussão - em seus vários capítulos -, dos resultados de uma pesquisa científica inédita e inovadora do projeto "Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes

integradas de serviços de saúde – Equity-LA." Tal pesquisa analisou as "redes de serviços de saúde"após tres décadas de reforma do setor no Brasil e na Colômbia. O livro nos brinda com uma exaustiva revisão sobre um marco referencial de análise de RISS e nos proporciona uma rica análise sobre o acesso, a coordenação e continuidade da atenção, e sobre o desempenho das redes em ambos os países estudados. Portanto, é um livro que contribui de forma relevante para o entendimento da complexidade dos atuais sistemas de saúde.

A obra deixa clara a complexidade dos problemas para a estruturação de RISS, e é um convite para os que aceitarem continuar enfrentando o desafio de construir sistemas de saúde que garantam a universalidade do acesso, a equidade no atendimento, a qualidade e efetividade da assistência à saúde na região.

Eduardo Freese
Pesquisador da Fiocruz-PE

Introducción

La inequidad e ineficiencia siguen constituyendo problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos tres décadas después del inicio de los programas de ajuste estructural y de las reformas sectoriales de los noventa. A mediados de la segunda década del siglo XXI, el gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto no se ha incrementado significativamente y el gasto privado se sitúa entre los más elevados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013; Titelman et al., 2015). A pesar de la mejora de algunos de los indicadores de salud a nivel regional, las desigualdades en salud persisten y se evidencian diferencias en las oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud. Factores relacionados con el nivel socioeconómico, área geográfica, género, etnia y edad contribuyen a la mayor afectación de algunos subgrupos poblacionales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006b; Vásquez et al., 2013; Barraza-Llorens et al., 2013; Macinko & Lima-Costa, 2012).

Con el objetivo declarado de mejorar la equidad y la eficiencia, muchos países en Latinoamérica llevaron a cabo reformas de sus estructuras financieras y de provisión de la atención en las dos últimas décadas. Estas reformas incluían propuestas para un uso más eficiente de los recursos basadas en la introducción de mecanismos de mercado y el fortalecimiento de la capacidad institucional en los sistemas de salud por medio de la descentralización de la responsabilidad, de la gestión de los servicios y la introducción de distintas formas de organización en el sector (World Health Organization, 1996; 2000). Las agendas de reforma del sector salud en estos países, basadas en el 'nuevo paradigma' para reorganizar los sistemas de salud, estaban permeadas por ideas neoliberales (Homedes, 2005).

La investigación, parte de cuyos resultados se presentan aquí, se centra en uno de los componentes de las reformas introducidos en Latinoamérica (Medici, 1997; Organización Panamericana de la Salud, 2009, 2010), las redes integradas de servicios de salud (RISS) —también denominadas, sistemas integrados de servicios de salud u organizaciones sanitarias integradas— (Shortell, 1994; Vázquez et al., 2009a). Las RISS se definen como un conjunto servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población (Shortell, 1994). Dependiendo del contexto, se diferencian dos tipos de redes integradas de servicios de salud: a) basadas en la afiliación geográfica y b) de afiliación voluntaria. Las primeras surgen cuando hay una devolución de la gestión de los servicios de salud del gobierno central a un nivel inferior de gobierno, que puede ser una autoridad de salud regional, un municipio, etc. Se caracteriza por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud. El segundo tipo se creó en países que han establecido un mercado para la gestión del aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los cuales la población debe afiliarse a aseguradoras que compiten entre sí y que cubren un paquete de prestaciones básicas a cambio de una asignación *per capita* (Beck, 1998; Jaramillo-Pérez, 1999).

Las RISS deben cumplir seis criterios de calidad (Vázquez et al., 2009a): 1) no presentar brechas funcionales, es decir, la red tiene que ser capaz de solucionar la mayoría de los problemas de salud; 2) no debe haber superposición funcional entre niveles (principio de especificidad), con algunas excepciones, como que las funciones del hospital básico también sean realizadas por el hospital regional; 3) los pacientes deben ser atendidos en el nivel más adecuado para su problema, es decir, no deben existir barreras en la trayectoria de los pacientes en el sistema (estructurales u organizativas). El primer nivel de atención debe actuar como puerta de entrada y filtro del sistema y ser capaz de resolver satisfactoriamente la mayoría de los problemas de salud (80 %); deben existir incentivos para que los proveedores que conforman la red colaboren entre sí; 4) la información debe acompañar al paciente en su paso por los distintos niveles asistenciales; 5) la tecnología debe estar descentralizada en el nivel más adecuado de acuerdo con los principios de eficiencia y efectividad.

Los sistemas de salud de Colombia y Brasil, aquí analizados, son diferentes —un sistema de seguridad social basado en la competencia gestionada, en el primer caso, y un sistema nacional de salud descentralizado, en el segundo—, pero comparten sus principios declarados. Además, ambos han introducido políticas para promover la creación de redes integradas de servicios de salud —de afiliación voluntaria, en Colombia, y geográfica, en Brasil— como una forma de organizar los servicios de salud con el objetivo de mejorar la equidad en el acceso y la eficiencia.

En este libro se presenta una parte de los resultados del proyecto de investigación "Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil (Equity-LA)". Se trata de un proyecto internacional, financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea y desarrollado entre 2009 y 2013, por instituciones de salud y académicas de cuatro países: el Consorci de Salut i Social de Catalunya (España), que también lo lideró; el Prins Leopold Instituut voor Tropishe Geneeskunde (Bélgica), el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Colombia) y la Universidade de Pernambuco, el Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães y el Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil).

La investigación se diseñó con el propósito de mejorar la comprensión sobre el impacto de la implementación de las redes integradas de servicios de salud sobre el acceso, la coordinación, la eficiencia y la equidad de acceso, en diferentes contextos de Latinoamérica. El estudio proporcionó resultados pero también nuevas preguntas, que dieron lugar a un nuevo proyecto Equity LA II (www.equity-la.eu) financiado por la Unión Europea, actualmente en desarrollo, que profundiza en sus resultados y amplía el análisis a cuatro países más de América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay.

Los análisis expuestos en esta obra se refieren a los aspectos de acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en las redes de servicios de salud, que se examinan mediante un estudio de casos, basado en investigaciones cualitativas y cuantitativas, cuyos datos se recogieron entre 2009 y 2012.

El libro se organiza en tres grandes bloques. En el primero, se presenta el marco conceptual para el análisis del desempeño de las RISS en relación con sus objetivos intermedios (acceso, coordinación, continuidad de la

atención) y finales (equidad de acceso y eficiencia en la provisión), los objetivos y diseño del estudio. El segundo bloque consta de dos partes bien diferenciadas, una correspondiente a Colombia y la otra a Brasil, donde se describen los resultados en relación con el acceso y la coordinación de la atención en las redes de servicios de salud analizadas desde el punto de vista de los actores principales y el análisis de desempeño en cuanto a la coordinación y calidad de la atención, a partir de la revisión de registros clínicos de los servicios de salud. En el tercero, se hace una comparación de los resultados entre países, para finalizar con algunas conclusiones y recomendaciones. Se incluyen algunos de los instrumentos utilizados como muestra en el anexo, así como el listado de otras publicaciones generadas por el estudio.

I. Marco de análisis, objetivos y métodos

Capítulo 1
Un modelo para el análisis de las redes integradas de servicios de salud

María Luisa Vázquez Navarrete
e Ingrid Vargas Lorenzo

Se define como red integrada de servicios de salud (RISS) al conjunto de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados en salud de esta población (Shortell et al., 1993). El continuo asistencial abarca la atención básica o primer nivel de atención, la atención especializada y sociosanitaria, en todos sus aspectos de promoción y prevención, tratamiento de pacientes agudos y crónicos, y rehabilitación (Shortell et al., 1993). Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la equidad de acceso y eficiencia global en la provisión, a través de diversos objetivos intermedios: la mejora del acceso a la atención, la coordinación de los servicios y la continuidad asistencial. Una RISS, como ha sido definida, representa la etapa final del proceso de integración asistencial (Kodner y Spreeuwenberg, 2002), pero es importante destacar que no es un fin en sí misma, sino un medio para mejorar la provisión de la atención en salud.

Se pueden diferenciar diversos tipos de RISS (Harrigan, 1985; Shortell et al., 1993, 2000), a partir de sus características básicas: *amplitud* —número de funciones y servicios diferentes que provee la RISS a lo largo del continuo asistencial— y *profundidad* —número de unidades diferentes

que posee una RISS para proveer una determinada función o servicio— de la integración de servicios del continuo asistencial; *nivel de producción interna de servicios* —cantidad de servicios provistos dentro de la propia red en comparación con la cantidad de servicios que son comprados a otros proveedores de salud—, y forma de relación entre las entidades que la constituyen —*tipo de propiedad o relaciones contractuales* que establece una determinada RISS— (Conrad y Dowling, 1990; Shortell et al., 1993).

Aunque las evaluaciones realizadas no son concluyentes sobre la relación entre los tipos de RISS, definidos a partir de sus características básicas y sus logros (Dranove et al., 1996), parece existir un consenso respecto a los factores que influyen positivamente en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones (Conrad y Dowling, 1990; Shortell et al., 2000; Skelton-Green y Sunner, 1997). Por ello, para su evaluación y con base en la revisión bibliográfica, se desarrolló un modelo (Vázquez et al., 2009) que tiene en cuenta los factores externos e internos que influyen en los resultados en relación con la coordinación asistencial, la continuidad y la eficiencia. Este modelo, no obstante, fue modificado posteriormente para distinguir entre niveles de las políticas (macro y micro), distinguir entre resultados intermedios y finales, como también incluir los resultados sobre el acceso a la atención y equidad de acceso (figura 1.1) (Vázquez et al., 2009b).

Diversos **elementos externos o de contexto** afectan al proceso de integración asistencial, entre los que destacan a nivel macro, los objetivos de las políticas en relación con la equidad de acceso y la eficiencia, las políticas sobre redes de servicios de salud, las características del aseguramiento público (beneficiarios, prestaciones y condiciones de acceso), así como el modelo de asignación de recursos y el sistema de incentivos asociado. Los sistemas de pago aplicados tradicionalmente de manera independiente para cada nivel asistencial, pago por acto, por actividad o presupuesto, desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales. En una red, el sistema de asignación debería permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costes directos como de los que induce sobre el resto de la red, de esta manera la red intentaría tratar el problema de salud en el lugar más costo-efectivo dentro del continuo asistencial (Shortell et al., 1994). Teóricamente, el pago *per capita* global a la red de proveedores incentiva a buscar fórmulas para alinear sus intereses con

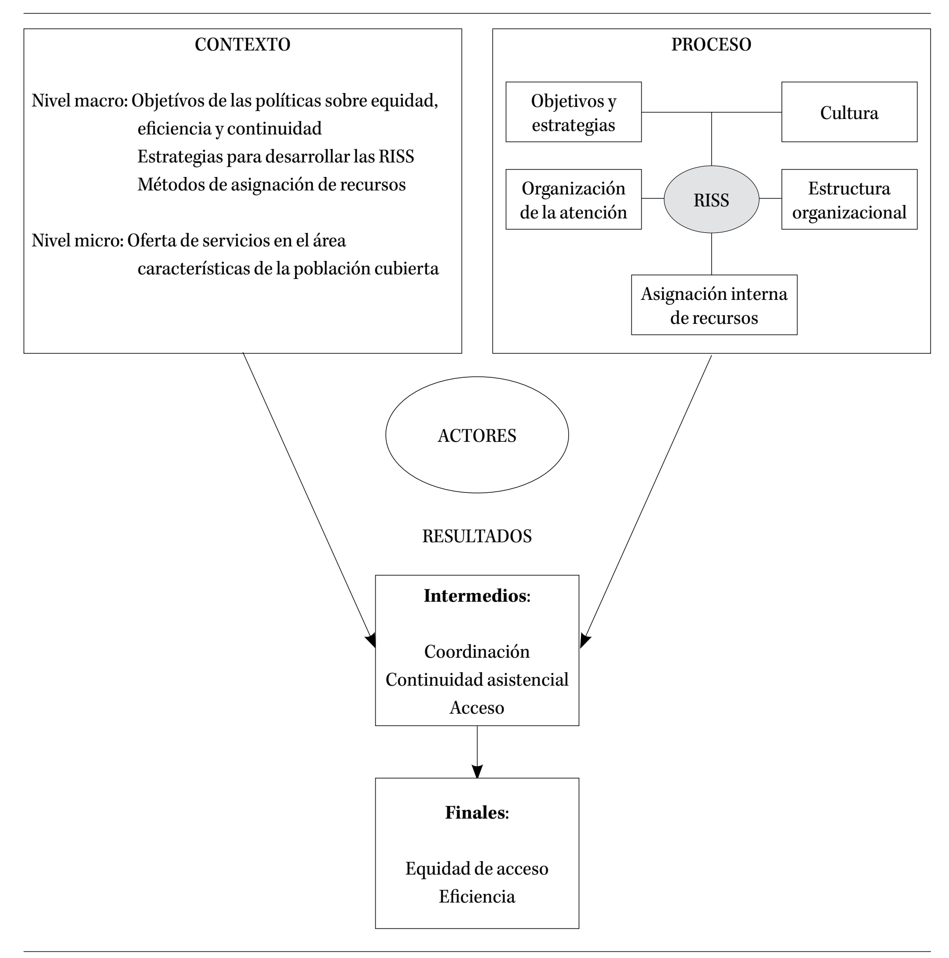


Figura 1.1. Marco conceptual para el análisis del impacto de las redes integradas de servicios de salud(RISS)

Fuente: Vázquez *et al.* (2009b).

los objetivos globales de la red y alcanzarlos, reducir costes y fortalecer la calidad de los servicios. A nivel micro, los factores determinantes son las características de la población de referencia, entre ellas, las socioeconómicas, la proporción de grupos de edad con mayor carga de enfermedad; grupos con necesidades especiales de atención de salud que requieren una mayor coordinación de servicios entre niveles de atención; extensión del territorio para cubrir y la presencia en el territorio de otros proveedores de salud con los que se tenga que compartir la atención a la población, etc.

Elementos internos de las RISS. Según la bibliografía, las características de las redes que contribuyen a una mejor coordinación son (i) la presencia de un gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización (Alexander et al., 1995; Forest, 1999); (ii) una estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente; (iii) objetivos y estrategias compartidas (Alexander et al., 1995); (iv) una cultura común con valores orientados a la colaboración, trabajo en equipo y a resultados (Kornacki, 1998); (v) líderes que promuevan la integración (Barnsley et al., 1998); (vi) sistema de asignación interna de recursos que incentiva la alineación de los servicios con los objetivos globales (Shortell et al., 2000); y (viii) un modelo de atención que establece roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.

El análisis del desempeño de las redes tiene en cuenta los resultados intermedios —acceso, coordinación y continuidad— para el logro de los objetivos/resultados finales de equidad de acceso y eficiencia global en la provisión.

Acceso a la atención

En el análisis se aplica el concepto de acceso como utilización de servicios y se parte de los modelos teóricos propuestos por Aday y Andersen (1974) en el análisis del acceso, que distinguen entre factores relacionados con las políticas, las características de los proveedores y de la población que influyen en el acceso a los servicios de salud.

El 'modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud' *(Behavioral model of health services use)*, desarrollado por Aday y Andersen (1974), se basa en los trabajos iniciales de Andersen en los años sesenta, en los que estudiaba las causas y patrones de uso de los servicios de salud para adecuar la oferta a la demanda y facilitar el acceso a los servicios (Cernadas, 2008). Aunque el modelo ha sufrido paulatinas modificaciones (Aday y Andersen, 1981; Andersen, 1973, 1995, 2008), su rasgo principal es la distinción entre dos dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso realizado (figura 1.2). El acceso potencial se define como la presencia de recursos, tanto de los servicios como de la población, que posibilitan el uso de servicios, mientras que el acceso realizado es la utilización real de los servicios (Andersen, 2008).

El análisis del **acceso potencial** incluye características de los servicios y de la población. *Las características de los servicios de salud* (Aday y Andersen, 1974) se refieren, por un lado, a la disponibilidad de recursos, es decir, al capital y trabajo que se destinan a la prestación de los servicios de salud, y considera el volumen y la distribución de servicios en el área (Andersen y Newman,, 1973). Por otro lado, se analiza la organización, es decir, cómo los servicios de salud utilizan estos recursos para proporcionar la atención, a través de dos componentes: la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de 'entrar' (Aday y Andersen, 1974) o 'acceder' (Andersen y Newman, 1973) a los servicios y comprende las barreras que se deben superar antes de recibir la atención médica (el tiempo de viaje, el tiempo de espera, el pago de los servicios, los horarios de atención, etc.). La estructura se relaciona con aspectos de los servicios que determinan qué sucede con el paciente una vez consigue entrar en los servicios, tales como los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales. *Las características de la población* incluyen distintos tipos de factores (Aday y Andersen, 1974; Mogollón, 2004): factores que predisponen al uso de los servicios de salud (creencias y actitudes sobre la salud, conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud, características sociodemográficas); factores capacitantes, individuales (ingreso económico, tipo de aseguramiento, residencia, procedencia, etc.) o comunitarios (redes de apoyo, organización de los servicios en la comunidad); y, por último, las necesidades de atención en salud de la población (percibidas o evaluadas por los proveedores). El análisis del **acceso real**, o utilización de servicios, considera el tipo de servicios que usa el paciente, el lugar donde recibe la atención, el propósito de la visita —preventiva, curativa— y el intervalo de tiempo que implique (Aday y Andersen, 1974). Finalmente, el uso de los servicios se halla enmarcado en las políticas de salud, que constituyen un determinante poderoso de la utilización de los servicios (Aday y Andersen, 1974), al incidir en factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación o la existencia de programas dirigidos a características de la población susceptibles de ser modificadas, como la cobertura de aseguramiento, educación e información sobre los servicios.

Los análisis empíricos del acceso basados en el modelo desarrollado por Aday y Andersen son abundantes (Eden, 1998; Hulka y Wheat, 1985;

Phillips et al., 1998), a pesar de las diversas críticas que han recibido. Entre ellas, se señala, por un lado, la dificultad para la inclusión de las variables contextuales —relacionadas con las políticas y las características de los proveedores (Aday y Awe, 1997; Kasper, 1998; Phillips et al., 1998)—, debido a los problemas metodológicos que representa; y, por otro, la dificultad de diferenciar entre utilización necesaria, excesiva o insuficiente, dada la complejidad de establecer estándares apropiados de utilización (Hulka y Wheat, 1985).

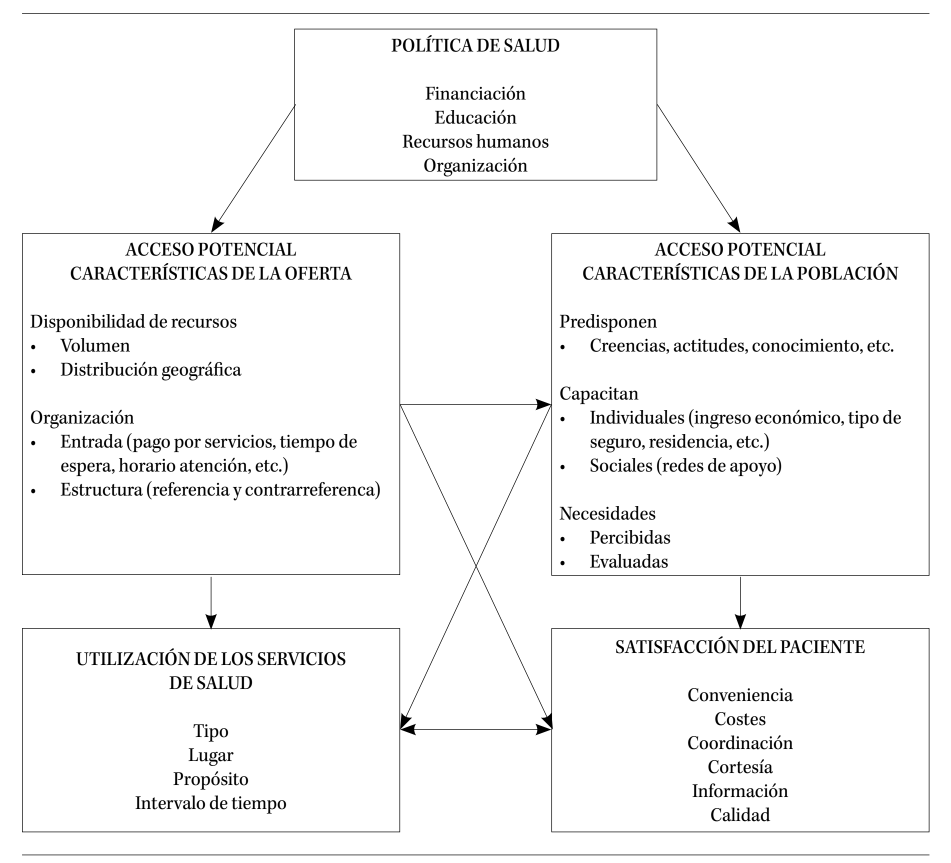


Figura 1.2. Marco para el análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen

Fuente: Aday y Andersen (1974).

Entre las adaptaciones de marcos teóricos de acceso a modelos organizativos específicos, destaca la que realiza Gold (1998) del modelo de competencia gestionada —mercado de aseguramiento en salud en el que

las aseguradoras están sujetas a un esquema de regulación para intentar corregir los fallos del mercado (Enthoven, 1988)—. Gold (1998) intenta captar mejor cómo las formas organizativas desarrolladas en modelos de *managed care* —RISS organizadas por aseguradoras— afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras. Estas organizaciones no solo pueden influir en el mercado del aseguramiento, sino también en la oferta de servicios disponibles y en la forma en que los individuos acceden a ellos.

Coordinación de la atención

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión (Terraza et al., 2006). La coordinación de la atención se define como la conexión armoniosa de todos los servicios necesarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asistencial de manera que se logre alcanzar un objetivo común sin conflictos (Longest y Young, 2000). Se centra en la interacción entre proveedores y tiene en cuenta toda la atención, con independencia de donde se preste– primer nivel de atención, hospitalaria y sociosanitaria. Cuando alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada (Glendinning et al., 2002). La continuidad se centra en la relación entre el paciente y el proveedor; para que haya continuidad el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención (Reid, 2002), es decir, percibir que hay coherencia y unión en la atención que recibe a lo largo del tiempo y que ésta es coherente con sus necesidades médicas y contexto personal.

Se pueden delimitar tres tipos de coordinación asistencial (Vargas, 2011): coordinación de la información del paciente, coordinación de la gestión clínica del paciente y coordinación administrativa, que, a su vez, se definen por una serie de dimensiones y atributos (figura 1.3).

La coordinación de información clínica se refiere a la transferencia y utilización de la información clínica del paciente, necesaria para armonizar las actividades entre proveedores, y comprende dos dimensiones: *Transferencia de información* o intercambio de información sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales o comunicación informal. *Utilización*

de la información, que es el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial. Por lo tanto, para que exista coordinación de la información clínica del paciente, su sola transferencia no es suficiente, es necesario conocerla y utilizarla (Haggerty et al., 2002; Reid et al., 2002).

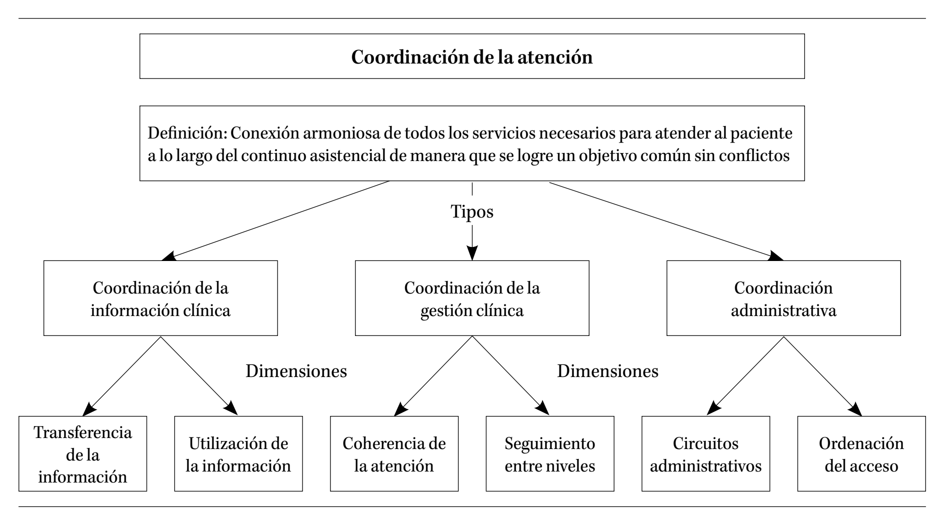


Figura 1.3. Definición, tipos y dimensiones de coordinación de la atención según la clasificación de Vargas *et al.*

Fuente: Vargas *et al.* (2011).

La coordinación de la gestión clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención que participan. En otras palabras, se refiere a la coordinación de la atención entre los profesionales y servicios que intervienen en la atención al paciente. Comprende dos subdimensiones: la *consistencia de la atención,* que implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales del primer nivel de atención y de la atención especializada que prestan atención a un paciente. El *seguimiento del paciente entre niveles asistenciales,* que hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por el primer nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista).

La coordinación administrativa de la atención hace referencia a la coordinación del acceso del paciente al continuo de servicios que conforman la red, de acuerdo con sus necesidades. Se relaciona con los circuitos administrativos por los que transita el paciente para obtener la atención y la regulación de los flujos asistenciales (consultas, pruebas diagnósticas) para una intervención concreta entre los distintos niveles de complejidad de la red.

Para evaluar el proceso de coordinación asistencial, es importante analizar la organización de la asistencia, determinada por los roles asignados a cada nivel asistencial y el modelo de colaboración establecido, así como los mecanismos de coordinación utilizados.

La coordinación a lo largo del continuo asistencial requiere la organización de la atención, es decir, la distribución del trabajo con asignación de roles y tareas a los diferentes profesionales y niveles asistenciales involucrados (Wagner et al., 1996b). A partir de la clasificación de Lorenz *et al.* (1999), se pueden establecer tres modelos de colaboración entre los niveles asistenciales de una RISS. La provisión paralela se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa. Cada nivel asistencial puede trabajar independientemente y solo se requiere la coordinación en la información. En el modelo de gestor-consulta, un nivel asistencial actúa como gestor del paciente y el resto de niveles intervienen en el proceso para dar un consejo o para llevar a cabo una intervención concreta. Es el caso del modelo de atención en el que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema. El médico de atención primaria actúa como gestor o coordinador de la atención del paciente y el especialista como consultor (Starfield, 2002). La *coprovisión* de la atención supone la responsabilidad compartida entre los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. El modelo de coprovisión es más efectivo para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos ámbitos. Para el resto de los procesos, el modelo asistencial de la red determinará el rol de cada nivel en la resolución del proceso: si la atención primaria asume la responsabilidad del continuo o la especializada. Dos aspectos centrales que definen el modelo de organización asistencial de los servicios (Wagner et al., 1996a) son el papel de la atención primaria y el de los profesionales no

médicos, es decir, la delegación de determinadas tareas claves a profesionales no médicos que forman parte del equipo de atención al paciente.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial. Un aspecto crítico de la coordinación asistencial en una RISS es la combinación de instrumentos que utiliza para 'concertar' las actividades necesarias para atender al paciente. No existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que dependerá de cada situación y, en concreto, del grado incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas (Terraza et al., 2006).

De acuerdo con la teoría organizativa general, existen dos formas básicas de coordinación: la programación y la retroalimentación (Mintzberg, 1988) (tabla 1.1). *La programación* consiste en estandarizar y predeterminar las tareas a realizar por el trabajador. Los mecanismos asociados a este tipo de coordinación son la normalización de los procesos de trabajo, por ejemplo, mediante el uso de guías de práctica clínica y mapas de atención o trayectorias clínicas, compartidas entre niveles; la normalización de las habilidades del trabajador, mediante las acreditaciones, los programas de formación continuada o mecanismos alternativos para mejorar el acceso al conocimiento especializado en la atención primaria, como el sistema experto (Wagner et al., 1996b); así como, la normalización de los resultados de la atención mediante la inclusión de diferentes medidas, tanto de actividad como de resultados intermedios en salud (Galbraith, 1973). Este tipo de mecanismos contribuyen a mejorar la coordinación a lo largo del continuo al concretar criterios de derivación entre niveles de atención, fijar objetivos asistenciales comunes y determinar el nivel de atención en que la actividad es más eficiente (Grifell et al., 2002). Sin embargo, no responden bien a cambios inesperados en las condiciones del paciente o cuando hay variabilidad en las respuestas de los pacientes ante las intervenciones médicas (Young et al., 1998), siendo más apropiados para situaciones habituales.

La *retroalimentación* implica el intercambio de información del paciente relevante para coordinar actividades asistenciales entre profesionales o unidades, mediante la supervisión directa o la utilización de mecanismos de adaptación mutua. Entre estos últimos se encuentran la comunicación informal, a través de diversos instrumentos (teléfono, correo, e-mail, reuniones informales, etc); los dispositivos de enlace que engloban, puestos de

Tabla 1.1. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg (1988) y Galbraith (1973)

Base de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación		Mecanismo de coordinación asistencial
Programación	**Normalización de habilidades**		Sistema experto: métodos reflexivos, formación continua, alternativas a la consulta tradicional
	Normalización de procesos de trabajo		GPG, mapas de atención, guías farmacológicas, planificación del alta; protocolos y circuitos para la referencia de pacientes; sistema de petición de citas compartido; sistema de planificación de acciones
	Normalización de resultados		Mapas de atención Sistemas de control del rendimiento
Retroalimentación	**Supervisión directa**		Gestor de programa o proceso asistencial
	Adaptación mutua	**Comunicación informal**	E-mail, correo, web, teléfono, reuniones informales
		Dispositivos de enlace	**Grupos de trabajo**: multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios
			Puestos de enlace: Gestor de casos; central de regulación
			Comités permanentes: Comité de gestión interniveles
			Directivo integrador: Director asistencial, director de ámbito transversal; director de área o distrito
			Estructura matricial
		Sistema de información	Hoja de referencia y contrarreferencia; informe de alta hospitalaria; historia clínica única/compartida

Fuente: adaptado de Terraza *et al.* (2006).

enlace (profesionales sanitarios que canalizan la comunicación y aseguran la coordinación entre diferentes unidades, servicios o niveles asistenciales (Shortell et al., 2000), grupos de trabajo, comités de trabajos permanentes y estructuras matriciales y por ultimo los sistemas de información vertical, basados en la comunicación formal (Galbraith, 1973).

Se observa en las últimas décadas la promoción de estrategias para gestionar la atención del paciente con necesidades complejas que requieren una colaboración estrecha entre distintos niveles asistenciales, que combinan varios de los instrumentos de coordinación analizados (Hill, 1998;

Qudah et al., 1998; Weiss, 1998). Las más extendidas son la gestión de casos (Meneu, 2006; Weiss, 1998), los programas de gestión de enfermedades (Meneu, 2006; Peiró, 2003; Pilnick et al., 2001) y la atención compartida (Smith et al., 2007).

Formas de analizar la coordinación de la atención. La coordinación de la atención entre niveles asistenciales ha sido poco analizada de forma comprehensiva, es decir, teniendo en cuenta los diferentes tipos, sus dimensiones y atributos (MacDonald et al., 2010). El análisis se realiza desde el punto de vista de los servicios. Unos estudios analizan algunas dimensiones o atributos mediante indicadores, mientras que otros los exploran a partir de la opinión de los profesionales por medio de estudios cualitativos o encuestas. Estos últimos tienden a centrarse en un tipo de pacientes (con cáncer, diabetes, problema de salud mental o final de la vida) o en un tipo de transición entre niveles, como el alta hospitalaria o del servicio de urgencias, o en un atributo concreto o un tipo de mecanismo de coordinación específico.

La mayoría de los instrumentos desarrollados se dirigen a evaluar alguna de sus dimensiones de forma cuantitativa, mediante la construcción de *indicadores*, basados en la revisión de registros o historias clínicas, y que reflejan distintas dimensiones de los tres tipos de coordinación. La evaluación puede centrarse en la estructura, los procesos o resultados de la coordinación, que a su vez pueden ser resultados inmediatos de las actividades de coordinación o resultados clínicos a corto o medio plazo.

Para evaluar la coordinación de la información, se analiza tanto la transferencia de información como su utilización por los profesionales para tomar decisiones clínicas. Para la coordinación de la gestión clínica, se estudia el seguimiento entre niveles: si se producen consultas de seguimiento, cómo fueron programadas, el tiempo desde el alta hospitalaria hasta la primera consulta de seguimiento y el número de consultas anuladas. La consistencia de la atención se centra en la existencia y el grado de adherencia de los profesionales a diferentes estrategias o mecanismos de coordinación asistencial, fundamentalmente a las guías de práctica clínica (GPC). La comparación de aspectos de la práctica clínica —tests en el momento del ingreso hospitalario; actividades preventivas, como el examen rutinario de pie en los diabéticos, control de la glucemia en diabéticos o la presión arterial (Peiró, 2003)— respecto del estándar

aconsejado permite conocer el grado en que estas recomendaciones son incorporadas en la práctica clínica diaria.

Desde el *punto de vista de los profesionales*, se analiza su opinión o experiencia de los distintos tipos de coordinación, indagando, por ejemplo, para la coordinación de la información, si se accede a la información clínica del paciente de los otros niveles asistenciales y la utiliza. Para la coordinación de la gestión clínica, si hay acuerdo con los diagnósticos, tratamientos e indicaciones terapéuticas del otro nivel de atención, si es atendido en el nivel apropiado a sus necesidades, así como los factores que influyen. Estos aspectos también han sido recientemente incorporados en el cuestionario COORDENA® (www.equity-la.eu), para su análisis mediante encuesta a los profesionales.

Continuidad de la atención

La continuidad asistencial se define aquí como "el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal" (Reid et al., 2002). Reid *et al.* (2002) identifican tres tipos de continuidad en la atención: *de información,* o percepción del paciente de que la información de episodios anteriores (diagnósticos, exámenes de laboratorio, recomendaciones, historia clínica, etc.) está disponible y es utilizada para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales; *de la gestión clínica,* o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo; y *de relación,* que es la percepción del paciente de que existe una relación con un proveedor a lo largo del tiempo. Mientras que los dos primeros pueden ser analizatos entre niveles de atención, el último es intranivel, ya que se refiere a la interacción del paciente con un profesional determinado a lo largo del tiempo, por lo que solo puede ser analizado en un nivel, sea este atención primaria o secundaria. Cada tipo de continuidad consta de varias dimensiones (figura 1.3).

La continuidad de información engloba, por un lado, la *transferencia y utilización de información* que es la percepción del usuario de que cada proveedor tiene acceso a la información sobre la atención prestada con anterioridad y del curso de su enfermedad (Reid et al., 2002), así como su incorporación y utilización para el diseño y aplicación del tratamiento actual (Freeman et al., 2007). Por otro lado, el *conocimiento acumulado*

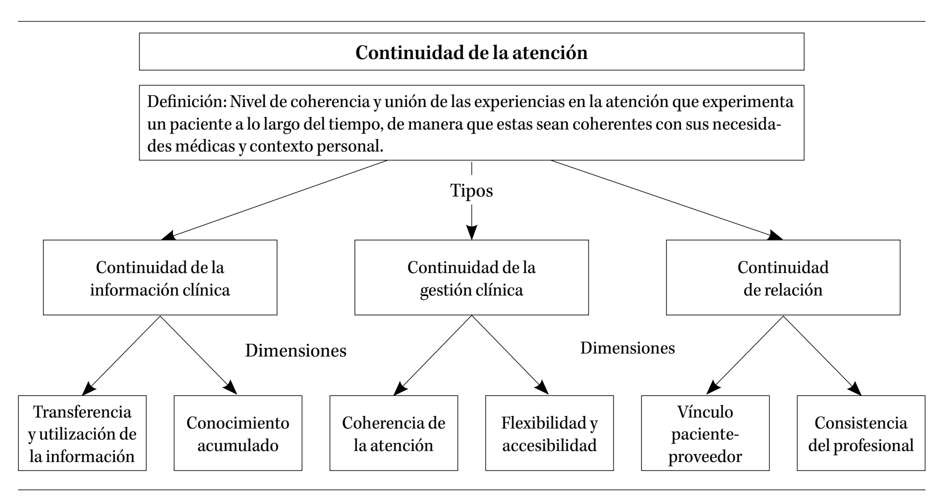


Figura 1.4. Definición, tipos y dimensiones de continuidad según la clasificación de Reid *et al.* (2002)

Fuente: adaptado de Letelier (2010).

es la percepción de que el proveedor conoce sus valores, preferencias, contexto social y mecanismos de apoyo, y que son tomados en cuenta en la planificación del tratamiento, para que sea el más adecuado para el paciente (Reid et al., 2002). Se ha relacionado con el compromiso del paciente hacia el tratamiento (Freeman et al., 2007).

La continuidad de gestión clínica incluye la *consistencia de la atención* o la percepción del paciente de que existe coherencia entre los objetivos y tratamientos de los diferentes proveedores que le atienden. Otra dimensión es la *flexibilidad* en los planes de atención, definida como la percepción del paciente de que su atención se adapta a los cambios de sus necesidades y circunstancias (Reid, 2002). Krogstad *et al.* (2002) define la continuidad de gestión clínica y de la información como continuidad 'tras bastidores' o *back stage continuity.* Algunos autores incluyen además la *accesibilidad entre niveles* (oportunidad y tiempo de espera) como una dimensión de la continuidad de la gestión clínica (Letelier, 2010).

La continuidad de relación incluye, por un lado, el *vínculo que* se establece entre el paciente y el proveedor de salud (Reid et al., 2002), que se relaciona con el desarrollo de confianza y responsabilidad y por otro, la *consistencia del personal* (Haggerty et al., 2002; Reid et al., 2002; Rogers y Curtis, 1980), que es la percepción de ser atendido por el mismo proveedor. Krogstad *et al.* (2002) considera la continuidad de relación como

front stage o de primera línea, y que es altamente percibida y evaluada por el paciente.

Formas de medir la continuidad. Existen diferentes métodos e instrumentos para medir la continuidad. La mayoría se basa en aplicación de encuestas a los usuarios de los servicios, que suelen evaluar solo un tipo de continuidad, generalmente de relación para una patología determinada —generalmente patologías crónicas— y en un nivel de atención específico, generalmente atención primaria (Aller et al., 2013). Recientemente se han desarrollado tres cuestionarios que miden de forma comprehensiva la continuidad entre niveles de atención y abordan los tres tipos de continuidad, con algunas diferencias: el CCAENA (Letelier et al., 2010), validado para el contexto latinoamericano en este proyecto (Garcia-Subirats et al., 2015), el Niijmegen Continuity Questionnaire (Uijen et al., 2010) y el desarrollado por Haggerty (2012). Así mismo, se utilizan métodos cualitativos para analizar los aspectos más relevantes para los usuarios, como paso previo a la construcción de un instrumento cuantitativo (Baker et al., 2005; Burkey et al., 1997; Guilliford et al., 2007) o para profundizar en la comprensión de la opinión de los usuarios, así como de los elementos contextuales que pueden influir (Waibel et al., 2012, 2015, 2016).

En *continuidad de la información* para evaluar la transferencia de la información desde la perspectiva del usuario, se pregunta a los pacientes si sus exámenes e historia clínica previos estaban disponibles cuando ellos se reunieron con el profesional, si el profesional era consciente de sus consultas previas, si los documentos anteriores estaban completos y fueron usados, y si los problemas identificados en visitas precedentes fueron seguidos (Flocke, 1997; Reid et al., 2002; Aller, 2013; Waiber, 2015, 2016). No se encuentran estudios que midan el *conocimiento acumulado* del paciente.

El análisis de *la continuidad de gestión clínica* ha sido menos desarrollado y se abordan diversas dimensiones, como la consistencia de la atención, preguntando a los pacientes si los médicos (de los distintos niveles) están de acuerdo con los diagnósticos, tratamientos e indicaciones; si repiten la pruebas realizadas por los médicos del otro nivel, si se comunican entre ellos, si el especialista les refiere para seguimiento en el primer nivel o el médico de atención primaria les refiere al especialista cuando es necesario. En relación con la accesibilidad, si los tiempos de espera tras la derivación son largos (Aller et al., 2013; Waibel et al., 2015, 2016).

La *continuidad de relación* ha sido objeto de mayor atención y se analiza mediante el vínculo entre el proveedor y el paciente o la duración de esta relación. El *sentimiento de pertenencia (affiliation)* es la dimensión más utilizada para analizar la continuidad de relación, principalmente en atención primaria, donde se les pregunta a los pacientes si tienen un médico asignado (Flocke, 1997; Reid et al., 2002). Muchas de las evaluaciones de continuidad de relación miden la *cronología del contacto* entre los pacientes y los proveedores de salud en el tiempo (Reid et al., 2002; Saultz, 2003), evaluando la duración de la relación entre el profesional y el paciente, o la concentración y secuencia de atención de los diferentes proveedores.

Equidad de acceso

En la literatura existe una variedad de aproximaciones al concepto de equidad (Aday y Andersen, 1981). Las tres definiciones más frecuentes basadas en el igualitarismo son: igualdad de tratamiento o igualdad de acceso para igual necesidad, e igualdad en salud (Vargas et al., 2002). Estas definiciones indican que la atención en salud es equitativa si se distribuye según las necesidades en salud y no en función de otras variables, como la renta, género, etnia o residencia geográfica (Aday y Andersen, 1981). Las variaciones en el uso de los servicios debido a la disponibilidad de recursos, su organización o características de los individuos indican una distribución no equitativa de la atención en salud. Muchos estudios empíricos aplican el concepto de igual tratamiento para igual necesidad como medida de equidad en el acceso (Aday y Andersen, 1981; Le Grand, 2004; Wagstaff et al., 1992). La aproximación de Le Grand para medir las inequidades en el acceso compara el tratamiento médico (medido, por ejemplo, a partir del nivel de gastos médicos) recibido por un grupo de personas con unas determinadas características socioeconómicas, con el nivel de necesidades correspondiente (medido, por ejemplo, a partir de las necesidades percibidas) (Le Grand, 2004).

Eficiencia

En términos generales, eficiencia se refiere al mejor uso de los recursos escasos. Habitualmente, se distinguen dos tipos: la eficiencia técnica y la asignativa (Jacobs et al., 2006; Mills, 1995; Palmer y Torgerson, 1999;

Peñaloza-Ramos, 2003; Sennett y Starkey, 2006). La *eficiencia técnica* evalúa si un bien o servicio se produce empleando la combinación menos costosa de *inputs* (recursos). La opción técnicamente eficiente es aquella que se encuentra en la frontera técnica de producción, es decir, cuando no se puede obtener un *output* más elevado a un determinado nivel de calidad, con un *input* determinado de recursos (Sennett y Starkey, 2006). Algunos autores (Hollingsworth y Peacock, 2008) distinguen, dentro de esta, la *eficiencia productiva,* definida como aquella opción que usa una combinación óptima de recursos de forma que no se puede obtener un mayor *output* de una calidad específica a un costo determinado de recursos. La evaluación de la eficiencia técnica de servicios de salud, RISS, etc., puede ser compleja cuando se comparan entornos diferentes: servicios con diferente accesibilidad, con distinta calidad asistencial, etc.

La *eficiencia asignativa* evalúa si la combinación de bienes y servicios producidos es la que más valora la sociedad. Por ejemplo, la decisión de asignar recursos en la gestión de los servicios o en la atención a la salud, en el primer nivel de atención o en cuidados hospitalarios, en la prevención de los accidentes infantiles o en mejorar el tratamiento del asma infantil, etc. Se alcanza cuando no existe una asignación alternativa de recursos que pueda mejorar la salud de alguien sin que al menos otra empeore. Por lo tanto, la eficiencia técnica evalúa si los servicios se han proporcionado al menor coste *(doing things right)*, una vez que ya se decidió qué servicio o intervención se va a dar (Xingzhu, 2003). La eficiencia asignativa, no obstante, evalúa qué servicio o intervención se debe proporcionar, no cómo debe realizarse *(doing the right things)* (Shiell et al., 2002). La eficiencia asignativa implica eficiencia técnica, pero no al contrario.

En este libro se aplica el marco descrito para analizar el acceso a la atención, la coordinación y continuidad asistenciales, desde el punto de vista de los actores principales y de los registros clínicos de las redes de servicios de salud, casos de estudio.

Otros resultados de la investigación, relativos a equidad, niveles de acceso y continuidad, han sido publicados en diversos artículos (p. 389).

Capítulo 2
Objetivos y métodos del estudio

María Luisa Vázquez Navarrete,
Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez
y Maria Rejane Ferreira da Silva

Este capítulo describe los objetivos y métodos del estudio. Se presentan, en primer lugar, los aspectos metodológicos generales de la investigación: el diseño global y las áreas de estudio. En segundo lugar, se describen la muestra, técnicas de recogida y análisis de los datos para cada uno de los subestudios realizados: estudios cualitativos sobre acceso a la atención, coordinación y continuidad asistencial entre niveles de atención; estudio cuantitativo sobre el desempeño de las redes en acceso a la atención, coordinación entre niveles y calidad de la atención. Finalmente, se incluye un apartado con los problemas en la recogida de datos y consideraciones éticas.

Objetivos del estudio

El objetivo general es evaluar la contribución de diferentes tipos de redes integradas de servicios de salud (RISS) al acceso a la atención y a la eficiencia en la provisión de la atención, con especial referencia a la salud de la mujer, en dos países latinoamericanos: Colombia y Brasil.

En este libro se abordan los siguientes **objetivos específicos:**

1) Analizar los factores que influyen en el acceso a la atención en las redes integradas de servicios de salud, desde la perspectiva de los actores sociales (formuladores de políticas, gestores y usuarios).

2) Analizar los factores que influyen en la coordinación asistencial entre niveles en redes integradas de servicios de salud, desde la perspectiva de los actores sociales (gestores, profesionales).
3) Analizar el desempeño de las RISS en relación con el acceso a la atención, coordinación asistencial entre niveles y calidad de la atención en dos enfermedades trazadoras (cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2).
4) Analizar la continuidad asistencial entre niveles de atención en redes integradas de servicios de salud desde la perspectiva de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2.

Diseño del estudio

Para dar respuesta a estos objetivos, se desarrolló un estudio de casos descriptivo y exploratorio, donde el caso es la red de servicios de salud. El análisis de los casos, las redes, se realizó basado en distintas fuentes de evidencia generadas mediante el desarrollo de diversos subestudios que utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos para la recogida de datos. Los estudios cualitativos se realizaron sobre acceso a la atención, coordinación y continuidad asistencial entre niveles de atención, mediante entrevistas individuales en profundidad a los diversos grupos de actores involucrados y estudio de casos de usuarias; y el estudio cuantitativo sobre coordinación asistencial, acceso y la calidad de la atención, mediante la revisión de registros.

El estudio de casos permite generar datos para el desarrollo de una comprensión multifacética del objeto de estudio, en este caso: la introducción de redes integradas de servicios de salud. El estudio de casos no intenta necesariamente extrapolar los resultados de una muestra al conjunto de la población (DePoy y Gitlin, 1994; Yin, 1994), más bien, se utilizan los resultados para sugerir una teoría o proveer evidencia empírica para una teoría existente. Así, los resultados generados por la investigación permiten proveer mayor claridad conceptual sobre las dimensiones clave y objetivos para que la introducción de redes pueda contribuir a una mejora de los resultados de acceso y coordinación de la atención en el sistema de salud.

Además, se adopta una comparación particularista entre los países, que se considera un método apropiado para comparar iniciativas entre un número pequeño de países, en este caso dos, Colombia y Brasil

(González-Block, 1997). Este diseño permite la identificación de factores que influencian los resultados en cada contexto particular (Reich, 1995).

La combinación de métodos cualitativos procedentes de las ciencias sociales (entrevistas en profundidad) y métodos cuantitativos (análisis de registros) se utilizó de forma complementaria, para analizar no solamente lo que ha ocurrido, sino cómo se han comportado los actores, así como los factores que han influido en sus actitudes, comportamiento y opiniones (Gerteis, 1993; Mackenzie et al, 2001; Mays y Pope, 1995; Smith et al., 1995; Vázquez et al., 2006).

Para el análisis de la continuidad y el desempeño, se seleccionaron dos eventos trazadores: cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2, aplicando como criterios: ser una enfermedad prevalente en las mujeres en ambos países, requerir la intervención de diferentes niveles asistenciales (primer nivel y atención especializada) y que se hayan desarrollado protocolos en los países para la atención del proceso.

Áreas de estudio

El estudio se desarrolló en dos áreas de Colombia: la localidad de Kennedy en Bogotá y el municipio de Soacha; y tres de Brasil: Recife, Caruarú y Paulista, las cuales fueron seleccionadas por ser áreas urbanas densamente pobladas y por poseer una amplia proporción de población con estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo.

El caso de estudio es la red de servicios de salud responsable de la atención de la población afiliada/residente en las áreas seleccionadas. Para su selección, se aplicaron los siguientes criterios: redes que proporcionan el continuo asistencial (mínimo: primer nivel y atención especializada), a una población definida, de carácter urbano y con distinta distancia geográfica a la atención especializada. En Colombia, donde el caso está constituido por la aseguradora (EPS/EPS-S) con su red de servicios, se aplicó el siguiente criterio adicional, una red de cada régimen (contributivo y subsidiado) en cada área y con distintos niveles de integración en la propiedad entre la aseguradora (EPS) y los prestadores de servicios de salud (IPS).

En Colombia, se envió comunicación a todas las EPS contributivas y subsidiadas que operaban en las áreas de estudio y se recibieron múltiples rechazos por parte de las aseguradoras. Solo cuatro EPS aceptaron

participar en el proyecto y corresponden a los casos analizados. En Brasil, se seleccionaron tres redes: la microrregión 3.3 del Distrito Sanitario 3 de Recife, el municipio de Paulista por su dependencia de Recife para la atención de varias especialidades y servicios de alta complejidad, y el barrio de Salgado del municipio de Caruarú. Las características de las redes casos de estudio se resumen a continuación:

En Bogotá y Soacha, Colombia:

La red caso 1 (Red 1-S) está conformada por una aseguradora del régimen subsidiado (EPS-S) —con presencia en tres regiones del país: norte, oriente y centro— y su red de servicios contratados para Soacha. En la región central, que agrupa los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Meta, Chocó y Huila, la EPS cuenta con 346.806 afiliados (EPS-S caso 1, 2010), de los cuales 10.163 se encuentran en Soacha (Cundinamarca).

En Soacha, la EPS solo tiene contratados los servicios de I y II nivel de atención; para el I nivel, 2 IPS, 1 ESE municipal con 5 centros de salud y 1 ESE departamental con 8 centros de salud en diferentes comunas; para el II nivel, la ESE departamental. El III nivel lo tiene contratado con 8 IPS (públicas y privadas) en Bogotá, 4 en el área más próxima a Soacha. También, tiene contratados servicios diagnósticos, en su gran mayoría en Bogotá. Todos los proveedores son externos contratados. Las ESE municipal y departamental de Soacha y departamental de Bogotá pertenecen a la red pública del departamento de Cundinamarca.

La red caso 2 (Red 2-S) está conformada por una aseguradora del régimen subsidiado (EPS-S, 2010), que opera en Bogotá y municipios aledaños de Cundinamarca, y su red de servicios contratados para Kennedy. En 2010 contaba con 237.524 afiliados (EPS-S caso 2), de los cuales 19.779 residían en la localidad de Kennedy, la segunda en número de afiliados. Para Kennedy, tiene contratada la red pública suroccidente. Solo los centros del I nivel se encuentran en la localidad y consisten en una ESE distrital, que cuenta con 1 centro de salud —formado por 1 unidad básica de atención (UBA) que dispone de médico general, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotor de salud y 17 unidades primarias de atención (UPA)— y 2 centros de atención inmediata (CAMI) para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica y odontológica y urgencias (24 horas), hospitalización de patologías de baja complejidad y atención al medio am-

biente. Los centros de II y III nivel se encuentran fuera de la localidad: para el II nivel, tiene contratadas 2 IPS, 1 en Fontibón (pública) y 1 en Ciudad Bolívar (privada). Para el III nivel, tiene contratada 1 ESE hospitalaria en Ciudad Bolívar y servicios especializados con 3 ESE de III nivel (públicas) en otras localidades (San Cristóbal, Suba y Usaquén) y 6 IPS privadas, 5 en el centro de Bogotá (Candelaria y Teusaquillo) y 1 en Ciudad Bolívar. Además, tiene contratados otros proveedores para servicios diagnósticos, en distintos sectores de la ciudad.

La red caso 3 (Red 3-C) está conformada por una aseguradora del régimen contributivo (EPS), que opera en Cundinamarca y fundamentalmente en Bogotá —98 % (725.647) de sus afiliados en 2011 (Planeación-EPS caso 3, 2011)— y su red para Kennedy. En Kennedy, cuenta con 90.000 afiliados. Organiza la provisión en dos redes: la red de atención ambulatoria, constituida por servicios de I y II nivel de complejidad y especialistas adscritos, y la red de atención hospitalaria que presta servicios de III y IV nivel de complejidad, a nivel de urgencias, hospitalización programada y no programada, unidad de cuidados intensivos, servicios diagnósticos, terapéuticos, cirugía y otras especialidades. En Kennedy, cuenta con una IPS ambulatoria propia de I y II nivel, que atiende en total alrededor del 19 % de afiliados de Bogotá (IPS Kennedy, 2010). Además, cuenta con 17 IPS ambulatorias de I y II nivel fuera de la localidad (8 propias y 9 contratadas). Para el III y IV nivel, contrata 8 IPS privadas que están ubicadas fuera de la localidad, de las cuales solo dos se encuentran ubicadas en el sur y centro de la ciudad. En una comparte la propiedad con otras instituciones privadas. También contrata proveedores externos de pruebas diagnósticas y medicamentos, localizados en la IPS ambulatoria de Kennedy y en las distintas localidades de la ciudad.

La red caso 4 (Red 4-C) está conformada por una aseguradora del régimen contributivo (EPS) (con presencia nacional, organizada en cuatro regiones: Antioquia, Centro, Norte y Occidente) y su red en Soacha. En la región Centro, se ubica en Bogotá y algunos municipios aledaños, como Soacha, donde cuenta con 11.000 afiliados.

En Soacha, contrata los servicios de I nivel y algunos de II nivel con 1 IPS básica privada. Los servicios de urgencias y hospitalización están contratados en su totalidad con IPS de III y IV nivel ubicadas en Bogotá. En Bogotá cuenta también con 8 unidades de servicios ambula-

torios, que ofertan servicios de I y II nivel, de las cuales 3 son propias y 5 contratadas. Para el III y IV nivel, contrata 17 IPS hospitalarias, distribuidas en las diversas localidades de la ciudad, un proveedor de ayudas diagnósticas que ofrece servicios en 22 centros y proveedores de medicamentos que ofertan de igual manera servicios en diversos puntos de la ciudad, y uno ubicado en el municipio de Soacha. De manera similar, las ambulancias se ubican en la ciudad de Bogotá.

En Pernambuco, Brasil:

La **Red 1** está constituida por la microrregión 3.3 del Distrito Sanitário III, localizada em el noroeste de Recife, con 110.502 habitantes (7 % de la ciudad) (Instituto Brasileiro de Geográfia e Estatística, 2014) y formada por 8 barrios (Cavalcanti et al, 2008) y ofrece servicios de atención primaria, media y alta complejidad.

En el territorio dispone de servicios de atención primaria: 13 unidades básicas de salud (UBS), con 27 equipos de Programa de Salud de la Familia, y 2 UBTS públicas (68 % de la población cubierta con Equipos de Salud de la Familia (ESF) y el 16 % por Equipos de Salud Bucal (ESB) (Secretaria de Saúde, 2011). Para la atención de media complejidad, cuenta con los servicios de referencia (públicos) para todo el DS III, 2 policlínicas, 1 ambulatorio especializado en salud de la mujer, 3 centros de atención psicosocial (CAPS) y 2 residencias terapéuticas (RT) y otros de referencia para Recife: 1 centro médico especializado, 1 policlínica y maternidad, 2 hospitales públicos (municipal/estadual) y 1 hospital conveniado. Los servicios de apoyo diagnostico, como, por ejemplo, radiología, anatomía patológica, ultrasonografía, mamografía y endoscòpia, son prestados por proveedores privados concertados (*conveniados)* para todo el municipio de Recife. La alta complejidad se ofrece en 10 hospitales del Estado y 2 privados sin ánimo de lucro.

La **Red 2** corresponde al municipio de Paulista, localizado a 13 kilómetros de Recife en el litoral, con 300.466 habitantes y con una extensión de 100 km^2, cuenta con 24 barrios (Instituto Brasileiro de Geográfia e Estatística, 2014) y con capacidad para ofrecer la totalidad de los servicios de atención primaria y media complejidad y una parte de alta complejidad. En atención primaria posee 34 unidades de salud de la familia —46 % de la población (Brasil, Ministério de Saúde, 2014); 17 % salud bucal—. La atención de media complejidad se ofrece en centros

públicos municipales: 6 centros de salud, 5 policlínicas, 1 prontoclínica, 1 ambulatorio especializado, 2 CAPS, un núcleo de apoyo a la salud del adolescente (NASA), 3 unidades móviles de atención de urgencia (SAMU), 1 centro de prueba y asesoría en ETS/sida, 1 laboratorio de análisis clínicos y 2 hospitales. En alta complejidad cuenta con 2 hospitales —uno público estadual y otro privado concertado (*conveniado*)—. El resto se envía a otros hospitales del Estado.

La **Red 3** está constituida por el área urbana de Caruarú, municipio del agreste pernambucano, a 140 kilómetros de Recife y distribuida en 23 barrios (Instituto Brasileiro de Geográfia e Estatística, 2014), y cuenta con capacidad para ofrecer la totalidad de los servicios de atención primaria y media complejidad y una parte de la alta complejidad. Tiene atención primaria con 27 ESF (Brasil, Ministério de Saúde, 2014) y 4 UBT. Los servicios de media complejidad son municipales: 7 centros de salud, 2 policlínicas, 4 clínicas especializadas, 1 maternidad, 3 hospitales, 1 UPA, 1 CAPS y 1 unidad móvil de atención de urgencia (SAMU). En alta complejidad cuenta con 1 maternidad y 1 hospital, ambos estaduales. Los servicios de apoyo diagnóstico son mayoritariamente privados *conveniados (concertados).* En atención primaria y media complejidad posee respectivamente 0,2 y 0,6 médicos por mil habitantes.

Estudios cualitativos

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo y exploratorio con el fin de identificar a) la percepción y opiniones de los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud de las redes; y b) las barreras y facilitadores de la coordinación entre niveles asistenciales en las redes, desde el punto de vista de los actores principales. Además, se completó con un estudio de caso de usuarias con diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de mama, sobre continuidad asistencial. El trabajo de campo del primer componente se desarrolló en Colombia entre 2009 y 2012, en Brasil entre 2009 y 2011; y del segundo componente, en Colombia y Brasil entre 2010 y 2012.

Muestra

Para seleccionar a los informantes en cada red, se diseñó una muestra teórica en dos etapas, es decir, una muestra basada en unos criterios definidos previamente y que se refieren a aquellas características que, de

acuerdo con el conocimiento existente, podrían estar relacionadas con discursos diferentes (Patton, 1990). En la primera etapa se seleccionaron los proveedores de salud de cada red y en la segunda, los informantes.

Primera etapa: selección de los proveedores de servicios de salud

En una primera etapa se seleccionaron los proveedores de servicios de salud dentro de cada red, aplicando los siguientes criterios: distintos niveles asistenciales (I, II y III nivel) y atención a pacientes procedentes del área de estudio. Además, en Colombia, con diferente nivel de integración con la aseguradora (proveedores propios y contratados), y en Brasil, proveedores de la red dentro y fuera del área de estudio (tablas 2.1 y 2.2).

Tabla 2.1. Muestra final de proveedores según caso de estudio, nivel asistencial y forma de relación con la aseguradora, Colombia

Caso	Proveedores seleccionados	Titularidad	Ubicación	Forma de relación
EPS-subsidiada Soacha (Red 1-S)	3 centros de salud de la ESE municipal I nivel	Pública	Soacha	Contrato
	1 ESE departamental II nivel	Pública	Soacha	Contrato
	1 ESE departamental III nivel	Pública	Bogotá	Contrato
EPS-subsidiada Bogotá (Red 2-S)	5 centros de salud de la ESE municipal I nivel	Pública	Bogotá	Contrato
	1 IPS privada II nivel	Privada	Bogotá	Contrato
	1 IPS privada III nivel	Privada	Bogotá	Contrato
EPS-contributiva Bogotá (Red 3-C)	1 IPS ambulatoria (I y II nivel)	Privada	Bogotá	Propia
	1 IPS hospitalaria III nivel	Privada	Bogotá	Mixto
	1 IPS hospitalaria III nivel	Privada	Bogotá	Contrato
EPS-contributiva Soacha (Red 4-C)	1 IPS ambulatoria (I y II nivel)	Privada	Soacha	Contrato
	1 IPS hospitalaria (1) III nivel	Privada	Bogotá	Contrato
	1 IPS hospitalaria (2) III nivel	Privada	Bogotá	Contrato

Tabla 2.2. Muestra final de proveedores según caso de estudio, nivel asistencial y titularidad, Brasil

Casos	Nivel	Prestador de servicio seleccionado	Titularidad
Recife (Red 1)	I nivel (atención primaria)	1 USF, 1 ESF, 1 UBT	Pública
	II nivel	1 centro de salud	Pública
		1 hospital	Privada (sin fines de lucro)
		1 hospital pediátrico	Pública
		1 policlínica	Pública
	III nivel	1 hospital	Pública
Paulista (Red 2)	I nivel asistencial (atención primaria)	8 USF	Pública
	II nivel asistencial	2 centros de salud 2 policlínicas 1 prontoclínica	Pública
	III nivel	1 hospital	Privada/concertado
		1 hospital	Público
Caruarú (Red 3)	I nivel (atención primaria)	4 USF	Pública
	II nivel	2 policlínicas 1 hospital municipal 1 centro de salud Santa Rosa	Pública
	III nivel	3 hospitales	Pública

Segunda etapa: selección de informantes

Se seleccionaron grupos de informantes que pueden tener una opinión en los fenómenos estudiados —el acceso a lo largo del continuo asistencial, la coordinación y la continuidad entre niveles asistenciales—.

Estudio sobre acceso a la atención y coordinación asistencial

Para el estudio de acceso y coordinación asistencial, se seleccionaron diversos grupos de informantes, aplicando los siguientes criterios: 1) *gerentes* (gestores) que ocuparan cargos de dirección en las aseguradoras (EPS) o en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de los distintos niveles de complejidad; 2) *profesionales de salud,* con una antigüedad en la institución proveedora de servicios de salud de al menos seis meses; 3) *personal administrativo* de proveedores de servicios y de las aseguradoras,

que tuvieran una antigüedad laboral de al menos seis meses; 4) *usuarios* de los servicios de salud que hubieran utilizado o intentado utilizar los servicios de salud en los últimos seis meses (solo entrevistados sobre acceso a los servicios de salud).

La composición inicial de la muestra se puede observar en las tablas 2.3 y 2.4.

Tabla 2.3. Composición final de la muestra de informantes en el estudio de acceso y coordinación asistencial según caso de estudio en Colombia

Tipo de informantes		Redes				
		Red-1S	**Red-2S**	**Red-3C**	**Red-4C**	**Total**
Gestores	Aseguradora (EPS)	5	5	4	0	14
	Prestadores (IPS)	6	2	6	3	17
Profesionales de salud	I nivel/atención ambulatoria	8	11	7	5	31
	II y III nivel/atención hospitalaria	7	8	10	7	32
Profesionales administrativos	Aseguradora (EPS)	2	4	1	0	7
	Prestadores (IPS)	12	9	8	12	41
Usuarios*		16	6	12	7	41
Total		**56**	**45**	**48**	**34**	**183**

* La entrevista a usuarios no incluía los temas relativos a coordinación de los servicios.

Tabla 2.4. Composición final de la muestra de informantes en el estudio de acceso y coordinación asistencial según caso de estudio en Brasil

Tipo de informantes	Recife Red 1	Paulista Red 2	Caruarú Red 3	
	n	**n**	**n**	
Gerentes	9	8	8	25
Personal administrativo	6	7	5	18
Profesionales de salud: I nivel	10	8	6	24
Profesionales de salud: II y III nivel	11	7	7	25
Usuarios PSF*	8	9	9	28
Usuarios no PSF*	7	9	6	24
Total	**51**	**48**	**41**	**144**

* PSF. Programa de Saúde de Familia.

* La entrevista a usuarios no incluía los temas relativos a coordinación de los servicios.

Para la selección de los informantes institucionales, se estableció contacto con las EPS y las IPS, se presentaron los alcances del estudio y se firmaron acuerdos de confidencialidad, y, en algunos casos, se presentó el estudio ante los comités de ética de las instituciones. En Colombia, la aseguradora (EPS) definió un interlocutor, que proporcionó la lista de las IPS con contratos vigentes para la atención de sus afiliados y la lista de directivos con los perfiles por entrevistar, de acuerdo con los criterios de selección. Se obtuvieron los nombres de los gestores de IPS, y la lista de responsables de áreas o servicios, que cumplieran con los criterios de ser profesionales de la salud o personal administrativo de la institución.

Estudio de caso de usuarias sobre continuidad asistencial

Por último, para el estudio de continuidad de la atención, se realizó la selección de casos, las usuarias, empleando los siguientes criterios: a) para cáncer de mama, mujeres mayores de 18 años que hubiesen sido diagnosticadas en diferentes estadios clínicos, con más de un año de diagnóstico; b) para diabetes mellitus tipo 2, mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de mínimo tres años de evolución. Tanto para cáncer de mama como para diabetes mellitus tipo 2 se identificaron usuarias que hubieran precisado atención de diversos niveles asistenciales, con y sin complicaciones asociadas, en Colombia, afiliadas a la EPS durante el período de estudio, con facultades mentales controladas, que hubieran recibido atención durante el último año y con diferente acceso geográfico a las IPS (cercano, lejano). En Colombia la información fue obtenida de los registros institucionales de las aseguradoras (EPS) y de las instituciones prestadoras de servicios oncológicos (en el caso de cáncer de mama) y por las de primer nivel (en el caso de diabetes mellitus tipo 2).

En Brasil, las mujeres se identificaron a partir de los hospitales de referencia para el tratamiento de cáncer de mama en Recife y en Caruarú, que procedían del Centro de Oncología de Caruarú. Para los casos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, las pacientes provenían de las unidades básicas de salud del barrio de Salgado.

Tabla 2.5. Composición final de la muestra de usuarias con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y total entrevistas desarrolladas, en Colombia

Caso	Nº usuarias	Nº de entrevistas a usuarias	Nº entrevistas a médicos tratantes
Red 1-S	5	8	5
Red 2-S	3	7	2
Red 3-C	3	7	0
Total	**11**	**22**	**7**

Tabla 2.6. Composición final de la muestra de usuarias con diagnóstico de cáncer de mama y número de entrevistas realizadas, en Colombia

Caso	Nº usuarias	Nº de entrevistas a usuarias	Entrevistas médicos tratantes
Red 1-S	2	7	2
Red 2-S	2	7	1
Red 3-C	3	9	0
Total	**7**	**23**	**3**

Tabla 2.7. Composición final de la muestra en los estudios de caso de usuarias en Brasil

Enfermedad trazadora	Fuente de información	Red 1	Red 3	Total
Cáncer de mama	Paciente	3	3	6
	Profesional de salud	3	3	6
	Historias clínicas	9	11	20
Diabetes mellitus tipo 2	Paciente	3	3	6
	Profesional de salud	2	2	4
	Historias clínicas	8	4	12

Recogida de los datos

Entrevistas individuales

Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con una guía de preguntas para explorar las opiniones y experiencias de los diferentes actores sociales sobre el acceso a los servicios y los elementos que influyen; la existencia de coordinación entre niveles asistenciales; y las barreras y facilitadores de la coordinación entre niveles en las redes de

estudio. Se desarrollaron guías de entrevistas para cada una de las categorías de informantes, con una parte común y otra específica (ver anexo). Las guías servían para orientar la entrevista, no obstante, la entrevista se realizaba profundizando en los temas relevantes para el objetivo de estudio a medida que eran abordados por los informantes. Así mismo, se profundizaba en otros temas relevantes, aunque no hubieran estado contemplados en las guías.

A partir de las listas proporcionadas de actores institucionales se contactó e invitó a participar y se acordó la fecha, hora y lugar para la realización de las entrevistas.

Para el contacto y desarrollo de las entrevistas con usuarios, se establecieron tres mecanismos: visitas domiciliarias en las áreas de estudio, solicitud de registros a los proveedores de servicios del primer nivel de atención y posterior contacto telefónico con los usuarios, y, finalmente, la búsqueda de usuarios de manera directa en las IPS.

Estudios de caso de usuarias

Los estudios de caso de usuarias diagnosticadas de cáncer de mama o diabetes mellitus tipo 2 se llevaron a cabo mediante entrevistas individuales semiestructuradas con guía de entrevista elaboradas, diferentes para las pacientes y sus profesionales (anexo). La información fue complementada con el análisis de sus registros clínicos. Para la revisión de los registros se desarrolló un instrumento con los datos a obtener (anexo).

Para el contacto y desarrollo posterior de las entrevistas con las usuarias, se establecieron dos etapas: primero, una llamada telefónica para proporcionar información sobre el proyecto e invitarlas a participar en el estudio. En segundo lugar, se efectuaron visitas domiciliarias, se profundizó sobre los alcances del estudio, se solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio, así como para establecer contacto con el profesional que llevaba su caso y para consultar su historia clínica. Se definió el lugar y el momento de la entrevista de acuerdo con su preferencia o conveniencia. Se indagó sobre su disposición para llevar a cabo varias entrevistas. Posteriormente, se estableció contacto con el médico tratante con el fin de presentar los objetivos de la investigación, solicitar su consentimiento para participar en el estudio y acordar lugares y fechas para las entrevistas.

Análisis de datos

Las entrevistas individuales fueron registradas y transcritas literalmente. Las transcripciones se analizaron usando *software* de codificación de texto, como el Atlas Ti. Se llevó a cabo un análisis temático de contenido, segmentado por caso, tipo de actor y tema. Se constituyeron en unidades de análisis los distintos actores involucrados.

Se leyeron los contenidos de cada entrevista, identificándose los fragmentos significativos, determinando los fenómenos reflejados y su significado dentro del texto. Los fragmentos significativos permitieron una generación mixta de categorías. Por una parte, las que procedían de los guiones de las entrevistas y, por otra, las emergentes de las entrevistas. A continuación, se desarrolló un proceso de clasificación de los contenidos de cada entrevista, agrupándose los fragmentos que presentaban similitudes. En una segunda etapa del análisis, se hizo una nueva clasificación de los contenidos por grupo de informantes, estableciendo las principales semejanzas o diferencias. Se desarrolló en un proceso de comparación constante.

En cada uno de los subestudios, el análisis se ha realizado segmentando, en primer lugar, por red de servicios; a continuación, por los distintos grupos de informantes; y, finalmente, por temas, permitiendo triangular así las diversas fuentes. En el análisis de continuidad, además de las usuarias y médicos tratantes se ha contrastado con la historia clínica de las usuarias. Por último, algunos aspectos de acceso, coordinación y calidad también se han estudiado mediante el análisis de registros.

En el análisis de los datos de cada país participaron diversos analistas —investigadores principales, así como investigadores juniors y séniors— con formaciones diferentes, un buen conocimiento del contexto y, en general, de los métodos cualitativos y de los marcos de análisis. Las discrepancias entre analistas se resolvían volviendo a los datos. Se ha mantenido una buena cantidad de citas literales en el texto y tablas, para ilustrar abundamente los discursos.

Rigor y calidad de la investigación

La calidad de los datos se aseguró mediante la incorporación de diversas estrategias: el diseño cuidadoso de los estudios y sus muestras, contrastando los datos de diversos grupos de informantes, y con la participación en

el análisis de varios investigadores, con formación en investigación cualitativa y buen conocimiento del contexto y las temáticas de estudio.

Estudio cuantitativo: análisis de registros clínicos

Para el análisis de desempeño de las redes, se llevó a cabo un estudio descriptivo mediante el cálculo de indicadores de acceso, coordinación y calidad, basado en la revisión de historias clínicas (HC) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de mama, para obtener la información necesaria para su cálculo.

La fuente de información para el cálculo de los indicadores fue la historia clínica y los registros institucionales de las aseguradoras (EPS) en Colombia. Se elaboró un instrumento para la recogida de información de cada paciente, así como una base de datos para el registro y procesamiento posterior de información.

Elaboración de indicadores

Con base en una revisión bibliográfica, se elaboraron indicadores para medir las dimensiones consideradas de interés dentro del estudio. Para cada indicador, se definieron el nombre, la fórmula con las poblaciones del numerador y denominador, el razonamiento subyacente o fundamento teórico y las fuentes de obtención de los datos. Los indicadores fueron sometidos a revisión y discusión por parte de expertos en cada una de las enfermedades.

Además, para explorar la pertinencia de los indicadores relativos a la atención en diabetes mellitus tipo 2, fueron revisados en dos ocasiones diferentes por dos médicos internistas y dos médicos generales. Para el caso de cáncer de mama, los indicadores fueron analizados con un oncólogo, un cirujano de mama y dos médicos generales.

Se realizó un pretest en una muestra de 10 registros clínicos de cáncer de mama y 10 de diabetes mellitus tipo 2, para analizar la viabilidad de los indicadores y la fiabilidad intra e interevaluador y validar la información cualitativa.

Para el caso de diabetes mellitus tipo 2, de los 19 indicadores elaborados inicialmente, se adoptaron finalmente 18 (tabla 2.8), por las dificultades en la recolección de los datos. Para el cáncer de mama, los 11 indicadores inicialmente elaborados se redujeron a 8 (tabla 2.8).

Tabla 2.8. Indicadores de diabetes mellitus tipo 2

Dimensión	Nombre del indicador	Fórmula	Tipo
Seguimiento adecuado del paciente	1.A. Proporción de pacientes diabéticos que cumplen la norma de 4 consultas médicas/año	Pacientes diabéticos con 4 consultas el último año/total pacientes diabéticos	Proceso
	1.B. Proporción de pacientes con consultas/año según norma y seguimiento por el mismo médico	Pacientes con 4 consultas y seguimiento por el mismo médico/total pacientes	Proceso
	1.C. Proporción de pacientes que no cumple la norma, pero con 3 consultas por el mismo médico	Pacientes con menos de 4 consultas y seguimiento por el mismo médico/total pacientes	Proceso
	2.A. Proporción de pacientes diabéticos con 4 consultas enfermera/año, con la misma enfermera	Pacientes con 4 consultas de seguimiento por enfermería/total pacientes	Proceso
	2.B. Proporción de pacientes que no cumplen la norma de 4 visitas/año, pero con 3 con la misma enfermera	Pacientes con solo 3 consultas por la misma enfermera/total pacientes	Proceso
	3.A. Promedio de consultas de control de pacientes diabéticos por médico general/año	Número de consultas médicas de control del paciente diabético en primer nivel/total pacientes	Proceso
	3.B. Promedio de consultas de control de pacientes diabéticos por enfermera/año	Número de consultas de control con enfermería en I nivel/total pacientes	Proceso
	4.A. Promedio de consultas de los pacientes diabéticos con médicos especialistas/año	Número de consultas médicas por especialistas/total pacientes	Proceso
	5.A. Promedio de las pruebas diagnósticas realizadas en pacientes diabéticos: hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Número de pruebas/total pacientes	Proceso
	5.B. Proporción de pacientes diabéticos que cumplen con norma de 4 pruebas al año	Pacientes con 3 o más pruebas/total pacientes	Proceso
	6.A. Promedio de las pruebas diagnósticas realizadas en pacientes diabéticos: microalbuminuria	Número de pruebas/total pacientes	Proceso
	6.B. Proporción de pacientes que cumplen la norma de 1 prueba al año	Pacientes con 1 o más pruebas/total pacientes	Proceso

Dimensión	Nombre del indicador	Fórmula	Tipo
	6.C. Tasa de pacientes diabéticos con exámenes de pie al año según normas	Pacientes con examen de pie/ total pacientes	Proceso
Coherencia de la atención	Promedio de las pruebas diagnósticas realizadas en pacientes diabéticos: valoración por el oftalmólogo	Número de pruebas/total pacientes	Proceso
Accesibilidad entre niveles asistenciales	Tiempo transcurrido desde la última consulta en atención especializada y la consulta subsecuente en el primer nivel de atención	Total días transcurridos entre consulta especializada y consulta de primer nivel/total pacientes	Proceso
	Tiempo transcurrido entre alta hospitalaria (última hospitalización) y la consulta de control de la paciente por parte del nivel asistencial que realiza el seguimiento	Total días transcurridos entre alta hospitalaria y consulta de control por nivel asistencia/ total pacientes	Proceso
Transferencia de la información del paciente	Porcentaje de consultas al especialista con contrarreferencia al I nivel de atención	Número de visitas al especialista con contrarreferencia al primer nivel/número de visitas al especialista	Proceso
Calidad de la atención	Proporción de pacientes con valores de glucemia < 130 mg/dl	Valor de la glucemia preprandial en el último examen de laboratorio	Resultado
	Proporción de pacientes con valores de hemoglobina glicosilada < 7 %	Valor de la hemoglobina glicosilada en el último examen de laboratorio	Resultado
	Proporción de pacientes con valores de presión arterial < 130-80 mmHg	Presión arterial en la última medición	Resultado
	Proporción de pacientes con valores de colesterol total < 200 mg/dl	Valor del colesterol total en el último examen de laboratorio	Resultado
	Proporción de pacientes con valores de índice de masa corporal (IMC) < 25 IMC	Valor del IMC según el peso más reciente medido durante el último año y talla o directamente consignado en la HC	Resultado
	Proporción de pacientes con valores de microalbuminuria en orina < 30 mg/g	Valor de la microalbuminuria en el último examen de laboratorio	Resultado
	Proporción de diabéticos con complicaciones al momento del diagnóstico clínico	Número de pacientes con complicaciones al momento del diagnóstico clínico/total pacientes	Resultado

Tabla 2.9. Indicadores de cáncer de mama

Dimensión	Nombre indicador	Fórmula	Tipo
Seguimiento adecuado del paciente	1.A. Proporción de médicos que han hecho el seguimiento del paciente	Pacientes con 4 consultas y seguimiento por el mismo médico/total pacientes	Proceso
	1.B. Proporción de pacientes que cumplen norma de 1 prueba al año	Pacientes con 1 o más pruebas/total pacientes	Proceso
Coherencia de la atención	2.A. Frecuencia de radiografía de tórax	Número de radiografías por paciente/pacientes con CA	Proceso
	2.B. Número de pacientes que cumplen norma de 1 radiografía al año	Pacientes con 1 o más radiografías/total pacientes	Proceso
	3.A. Frecuencia de mamografía	Número de mamografías por paciente/pacientes con CA	Proceso
	Estadio al momento del diagnóstico clínico	Número de pacientes con estadio 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB o IV al momento de la detección del CA/total de pacientes con CA * 100	Proceso
Accesibilidad entre niveles asistenciales	Tiempo para obtener primera consulta de especialidad	Tiempo (días) entre el momento de la consulta por síntomas de CA en el primer nivel y la primera consulta con el especialista correspondiente	Proceso
	Tiempo entre solicitud de biopsia y registro HC resultado de biopsia	Tiempo (días) entre el momento de solicitud de biopsia de mama y el registro del resultado de la biopsia por el médico tratante	Proceso
	Tiempo entre solicitud de biopsia y toma de biopsia	Tiempo (días) entre el momento de solicitud de biopsia de mama y toma efectiva de la biopsia de mama	Proceso
	Tiempo promedio entre registro de diagnóstico patológico y tratamiento	Tiempo promedio (días) entre el diagnóstico patológico de CA y el inicio del tratamiento	Proceso

Criterios, tamaño y selección de la muestra

La unidad de análisis son pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 y de cáncer de mama afiliados o adscritos a las redes objeto de estudio en la ciudad de Bogotá y en el municipio de Soacha en Colombia y Recife en Brasil.

Las historias clínicas se seleccionaron aplicando los siguientes *criterios de inclusión*:

Para diabetes mellitus tipo 2, criterios de inclusión: hombres y mujeres afiliados a la aseguradora (EPS) de la red caso de estudio durante el año de seguimiento (2010), con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que hubiesen sido diagnosticados antes de junio de 2008, con o sin comorbilidades, sin límite edad. Como criterios de exclusión: tener diagnóstico de diabetes gestacional o diabetes tipo I; contar con menos de tres años de diagnóstico de diabetes tipo 2; haber cambiado el área de residencia en 2010; o haber recibido atención de otra red de prestadores de servicios distinta a la estudiada.

Para cáncer de mama, se tomaron como criterios de inclusión: mujeres afiliadas a la aseguradora (EPS) de la red objeto de estudio, durante el año previsto de recogida de datos, es decir, el año siguiente al diagnóstico patológico (fecha del registro del resultado de la biopsia), con inicio de tratamiento entre junio de 2005 y junio de 2010, con o sin comorbilidades, sin límite edad. Como criterios de exclusión, se consideraron: haber cambiado de aseguradora (EPS) en Colombia, o de residencia en Brasil, durante el año de estudio y fallecimiento de la paciente durante el período de estudio.

El *tamaño muestral* se calculó con base en los siguientes criterios: proporción estimada del 0,5 (máxima indeterminación) para cualquiera de los indicadores, nivel de confianza del 95 % (riesgo alfa de 0,05) y precisión de 0,15. De acuerdo con estos criterios, el tamaño de muestra considerado como necesario en cada red era de 43 historias clínicas. No obstante, se decidió seleccionar un número mayor, 50 casos en Colombia y 60 en Brasil, para compensar posibles pérdidas de información.

Para *la selección de la muestra* de diabetes mellitus tipo 2, se realizó un muestreo aleatorio simple. En Colombia, a partir de los listados de pacientes proporcionados por la aseguradora (EPS) o prestador (IPS) (164, 1.242 y 187) de cada una de las tres redes estudiadas, se seleccionaron 100 HC de diabetes mellitus tipo 2 de forma aleatoria (en una red solo 82 iniciales), que se fueron revisando para descartar las que no cumplían los criterios, hasta obtener los 50 casos por red. En Brasil, se seleccionaron por muestreo aleatorio simple en dos etapas: en la primera, se seleccionaron las unidades 8 ESF y 2 UBT; y, en la segunda etapa, 5 pacientes por ESF (40 en total) y 10 pacientes por cada UBT existente (20 en total), para mantener la proporción de ESF y UBT.

La selección de las pacientes con cáncer de mama en Colombia se realizó a partir de los listados de pacientes proporcionados respectivamente por la IPS nivel III responsable de la atención oncológica de los usuarios con los registros de la Red 2-S y, por la EPS, de la Red 3-C. Se revisaron todos los registros (118 y 88, respectivamente) y se descartaron los que no cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente, solo 59 y 50 cumplían los criterios, respectivamente, y fueron incluidos en el estudio. En Brasil, se seleccionaron todas las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama de las bases de datos de los servicios de anatomía patológica de los hospitales acreditados en el SUS en Recife para el tratamiento de esta patología, a partir de 2009 y retrospectivamente. Una vez identificadas, las pacientes fueron contactadas por teléfono para invitarlas a participar y verificar los criterios de inclusión. La inclusión se efectuó después del encuentro personal y firma del consentimiento informado.

Análisis y calidad de los datos

Una vez definidos los indicadores, se realizó un análisis descriptivo de la base de datos previamente validada para conocer la distribución de la población objeto de estudio. Posteriormente, se llevaron a cabo pruebas de normalidad para explorar el comportamiento de los tiempos y, finalmente, se realizaron pruebas chi cuadrado para identificar posibles asociaciones entre variables, encontrando que no se presentaron asociaciones significativas debido al tamaño de la muestra.

La calidad de los datos se aseguró a través de la validación de los indicadores con expertos, del pretest del instrumento, así como de un apropiado muestreo. Se utilizó Microsoft Access para la construcción de la base de datos y posterior organización de los registros. También, se empleó Microsoft Excel, para realizar filtros y validaciones a los datos, además de como herramienta para realizar los análisis descriptivos de la información, junto al *software* estadístico R 2.12.0 y Stata 11.1.

Dificultades en la recogida de datos

Estudio cualitativo de acceso y coordinación asistencial

Con relación a las principales dificultades, se destacan demoras en la concertación de entrevistas, por la necesidad de bloquear las agendas de

médicos y directivos para otras actividades, así como la cancelación de las entrevistas y su demora de hasta meses. Particularmente en la Red 4-C no se pudieron llevar a cabo las entrevistas con los gestores de la aseguradora (EPS) por cambio en sus directivos a nivel regional.

En las entrevistas con usuarios, hubo dificultades para su ubicación porque las EPS proporcionaron bases de datos que estaban desactualizadas y hubo algunos rechazos.

Finalmente, los comités de ética de las diferentes instituciones prestadoras que conformaban las redes demoraron en emitir su aprobación.

Estudio de caso de usuarias

En un intento de contacto telefónico inicial, se constató que las bases proporcionadas no estaban actualizadas, algunos datos estaban incompletos o no correspondían a las usuarias. En la Red 1-S, por el bajo número de usuarias de Soacha diagnosticadas con CA de mama, se amplió el área geográfica a Cundinamarca.

A pesar de garantizar la confidencialidad de los datos, las usuarias expresaron temor a informar aspectos sobre la EPS o el proveedor que pudieran incidir en su atención en salud. Algunas usuarias de avanzada edad no recordaban algunos datos claves, por lo que se incluyó a algunos familiares, con dificultades de tiempo para participar en las entrevistas.

En relación con los médicos tratantes, se encontraron problemas debido al tiempo insuficiente para llevar a cabo las entrevistas, limitando la triangulación de los datos. Además, los profesionales atienden un alto volumen de usuarias o realizan consultas de seguimiento esporádicas, y no siempre recordaban a las usuarias y se referían a la información consignada en las HC. En la Red 3-C, no se pudieron llevar a cabo las entrevistas con los médicos. Aunque esto limita la triangulación, el efecto sobre los resultados es mínimo, porque las usuarias son el eje del estudio y, además, se realizó la revisión de las HC.

Por último, hubo dificultades para obtener las historias clínicas dada la elevada dispersión de la red de prestadores, la ausencia de informatización y la existencia de numerosas historias clínicas por usuaria, principalmente en las redes 1-S y 2-S.

Estudio cuantitativo: análisis de registros

La recogida de los datos de las historias clínicas fue un proceso largo y complicado, por la existencia de dificultades de diversa naturaleza, que generaron grandes demoras y, finalmente, la reducción del número de redes estudiadas.

Relacionados con el sistema de información: inexistencia de registros clínicos informatizados y unificados, con dispersión de HC en distintos prestadores de salud, ubicados en diversas localidades de la ciudad.

En las redes con HC informatizada: demoras para la capacitación en el *software* y la asignación de la persona de apoyo para el manejo del *software*. Existencia de diversos *softwares*: de HC, de laboratorios clínicos, de registros individuales de procedimientos en salud.

Relacionados con los procedimientos de acceso a la información: trámites burocráticos lentos con cada red, en algunos casos sin respuesta o con presentación del estudio ante sus comités de ética, con demoras en la autorización de la consulta de HC.

Cuando era necesario el consentimiento informado de la usuaria, dificultad para el contacto telefónico con algunas usuarias, por cambio de dirección o falta de datos en las historias clínicas. Negativa de algunas usuarias a la revisión de sus expedientes clínicos y fallecimiento reciente de una usuaria y cambio de ciudad.

Cuando hubo cambio de equipos directivos, fue necesario repetir total o parcialmente los acuerdos de colaboración.

Relacionados con la calidad de la información: limitado registro de información, con pérdida de esta, como falta de reportes de atención o de exámenes de laboratorio. Dificultad para determinar fecha de inicio de la enfermedad (por cambio de EPS de los usuarios o procedencia de otras ciudades), así como la presencia de complicaciones. La HC no incluye información completa de los especialistas que no son propiedad de la red o demora por parte de los especialistas para reportar la información.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló de acuerdo con las normas éticas establecidas en los países participantes. El protocolo de investigación fue sometido y aprobado por los comités de ética de las instituciones o países participantes (en Colombia, Comité de Ética en Investigación, Escuela de

Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, y en Brasil, el Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, CAAE 3502 0 000 250-08). Además, se firmaron acuerdos de confidencialidad con todas las instituciones participantes.

Para los métodos que involucraban a individuos, se solicitó consentimiento informado por escrito a cada participante. Se le informó del objetivo de la investigación y estrategia de divulgación de los resultados, de la garantía de confidencialidad de los datos, de su derecho a no participar y a retirarse en cualquier momento de la investigación.

Adicionalmente, se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos, codificando de manera inmediata las entrevistas. Los datos se presentaron de manera agregada y las instituciones participantes enmascaradas para evitar que se pudieran relacionar con los resultados.

II. Análisis de las redes de servicios de salud en Colombia

Capítulo 3
Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) de Colombia

Ingrid Vargas Lorenzo, Amparo Susana Mogollón-Pérez
y María Luisa Vázquez Navarrete

En este capítulo se presentan las características generales del sistema de salud colombiano y de las redes de servicios de salud definidas en las políticas sanitarias. Su contenido se basa en el análisis de los documentos oficiales: leyes, normas y decretos, y se orienta en el marco conceptual del proyecto.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia

Durante la década de los noventa, Colombia inició una reforma de su sistema de salud con el objetivo de garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad (Céspedes, 2002). En el momento de la reforma, contaba con un sistema de salud segmentado por grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y estatus laboral, en el que cada subsistema funcionaba autónomamente (Hernández, 2002): el seguro obligatorio que atendía a trabajadores formales o asalariados y empleados públicos, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y diversas cajas de seguros; el sistema público, a cargo del Ministerio de Salud, dirigido a la

población con menos recursos, empleados fundamentalmente en la economía informal; y el sistema privado —consultorios, clínicas y seguros privados— para la población con poder adquisitivo.

El proceso de reforma tuvo dos etapas: con la Ley 10 de 1990 se fortaleció la descentralización política y administrativa del sistema público de salud, dándoles más competencias sobre la atención primaria a los gobiernos municipales, y sobre los hospitales de II y III nivel a los departamentos; y con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo modelo de aseguramiento público: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS está comprendido básicamente por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad económica. La población que no logra afiliarse en ninguno de los dos regímenes se denomina 'vinculada', y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin. Para el año 2013, del total de la población colombiana, 20.150.266 personas (42,72 %) se encontraban afiliadas al régimen contributivo; y 22.669.543 personas (48,06 %), al régimen subsidiado, persistiendo un 8,31 % de población sin afiliación al sistema (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). El SGSSS fue diseñado siguiendo un modelo de competencia gestionada (Céspedes, 2002) en el que se plantea la competencia, por una parte, entre las aseguradoras que deben competir por la afiliación de la población y garantizar paquetes de beneficios a cambio de un pago *per cápita* (Yepes, 2000) —Entidades Promotoras de Salud (EPS y EPS-S)—, y, por otra parte, entre los proveedores —Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)— por el establecimiento de contratos con las aseguradoras (Yepes, 2000). Tanto en el ámbito del aseguramiento como en el de la provisión, se permitió y estimuló la entrada de instituciones privadas, con y sin ánimo de lucro (Jaramillo-Pérez, 2002).

Financiación

Las fuentes principales de financiación del SGSSS son las cotizaciones obligatorias, los copagos y cuotas moderadoras, y otros ingresos públicos, como los impuestos, los recursos recolectados por los municipios y departamentos, y los recursos provenientes de la explotación de recursos petroleros. Estos recursos son administrados por un fondo central: el Fondo

de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, y los fondos territoriales de salud (FTS). El Fosyga se subdivide en cuatro subcuentas independientes: la de compensación interna del régimen contributivo, la de solidaridad del régimen subsidiado en salud, la de promoción de la salud y la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) (República de Colombia, 1993).

El régimen contributivo se financia principalmente a través de las cotizaciones obligatorias (12,5 % del salario base - 8,5 % a cargo del empleador y 4 % del trabajador) (República de Colombia, 2007f). En el caso de trabajadores independientes o pensionados, estos deben asumir de manera íntegra la cotización (República de Colombia, 1993). El régimen subsidiado se financia con los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, transferencias e ingresos propios de los entes territoriales —municipios y departamentos—, y los recursos de las cajas de compensación familiar. Los fondos de la subcuenta de solidaridad proceden del 1,5 % de los aportes de los afiliados del régimen contributivo y aportes del presupuesto nacional (República de Colombia, 2007f). La financiación de la atención de la población vinculada se realiza a partir de recursos transferidos y propios de los entes territoriales.

La Ley 100 también establece cuotas moderadoras con el objeto de regular la utilización de servicios, que se aplican sobre los afiliados del régimen contributivo que utilizan los servicios, y copagos que se aplican sobre los beneficiarios de los cotizantes (cónyuges, hijos, etc.) con la finalidad de ayudar a financiar el sistema (Defensoría del Pueblo, 2005). Según la Ley 100, los copagos y las cuotas moderadoras no pueden aplicarse simultáneamente sobre un servicio. Ambos se aplican teniendo en cuenta el ingreso base del afiliado (República de Colombia, 2004). Para los usuarios afiliados al régimen subsidiado, se han establecido copagos, de acuerdo con la clasificación otorgada por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). El Sisbén es un instrumento para obtener información socioeconómica y clasificar a la población de acuerdo con variables de calidad de vida. A los indigentes e indígenas, al control prenatal, atención al parto y al niño durante el primer año de vida, no se aplican copagos. Los individuos clasificados con el nivel 1 no realizan copago (República de Colombia, 2007f). Para el nivel 2 y 3, el copago máximo es del 10 % del valor de la cuenta, sin que el

cobro por un mismo evento exceda la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) y siendo el valor máximo por año calendario, un SMLMV (República de Colombia, 2004). Para el año 2013, el cobro máximo por evento sería de $294.750 (126,33 €) y el valor máximo por año $589.500 (252,67 €). La recaudación de copagos y cuotas moderadoras, información a los usuarios sobre cuantías y la decisión sobre la frecuencia de aplicación recae sobre las EPS (República de Colombia, 2004). La población no asegurada debe realizar un pago por los servicios utilizados. En el caso de que tenga carné del Sisbén, aunque no esté afiliada a una EPS-S, se le aplican los mismos copagos en función de su nivel socioeconómico que a la población asegurada al régimen subsidiado.

A cambio de cubrir las prestaciones incluidas en el paquete de beneficios, se asigna una unidad de pago por capitación (UPC) tanto a EPS del régimen contributivo como subsidiado. Esta cantidad monetaria se determina anualmente y se relaciona con el perfil epidemiológico de la población y el coste de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud correspondiente (POS o POS-S) (Rosa, 2004). La fórmula de ajuste de la cápita contempla variables como la edad, el sexo y residencia en departamentos con dificultad en el acceso a los servicios de salud (Gómez, 2003). Desde 1999, el valor de la UPC ha crecido a un ritmo similar al del salario mínimo (Rosa, 2004). En el año 2007, la UPC del régimen contributivo era 134,7 €, mientras que la del régimen subsidiado era casi la mitad, 75,8 €. Tras la aprobación del Auto 262 de 2012 de la Corte Constitucional que dio cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008, que exigía la equiparación de las UPC del régimen subsidiado y contributivo, las diferencias se han reducido (UPC-C de 243,86 € y UPC-S de 218,17 €, en 2013).

Por lo tanto, el gasto en salud en Colombia se estimó para el año 2011 en un 6,5 % sobre el PIB, del cual un 75,2% correspondería al gasto público y un 83,4% de este, al gasto en seguridad social (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). No obstante, alrededor del 17 % del gasto está destinado a costes administrativos, de los cuales más de la mitad son para operaciones como gestión financiera, personal, información y procesos de afiliación (Cendex, 2000).

Rectoría

El Ministerio de Salud y Protección Social es el ente regulador del sistema (República de Colombia, 2007f), encargado de formular las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional, establecer normas, formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia y calidad a EPS, IPS y entes territoriales, y administrar el Fosyga (Restrepo, 2007). La Ley 1122 de 2007 crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES), adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, para asumir funciones relacionadas con el aseguramiento: definición del Plan Obligatorio de Salud; el monto de la cotización, el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), copagos y cuotas moderadoras; tarifas de servicios y honorarios de los profesionales; y establecimiento de los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado (República de Colombia, 2007f). El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) pierde con la Ley 1122 muchas de las funciones de regulación del aseguramiento asignadas por la Ley 100 de 1993 y queda principalmente con un papel de concertación entre el gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores; y de asesor del Ministerio y la Comisión de Regulación (Restrepo, 2007). Los consejos territoriales de la seguridad social son los encargados de asesorar y velar por el cumplimiento de las políticas de salud a nivel de los entes territoriales. Por último, la Superintendencia Nacional de Salud cumple, entre otras funciones, el control presupuestal y financiero, la inspección y vigilancia de las entidades participantes en el SGSSS para garantizar la adecuada afiliación y acceso a los servicios de salud; controla el uso de los recursos financieros por parte de las aseguradoras e IPS del sistema, así como las transferencias que realizan las entidades territoriales al sector salud.

Aseguramiento

En el régimen contributivo se consideran beneficiarios los trabajadores con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionistas con ingresos superiores a un salario mínimo mensual y trabajadores independientes con capacidad de pago que devengan más de dos salarios mínimos (República de Colombia, 1998) y sus familias (cónyuge o compañera permanente, hijos menores de 18 años, con discapacidad, o menores de 25 años

en condición de estudiantes). En el régimen subsidiado es beneficiaria la población clasificada en los niveles 1 y 2 de pobreza, según el Sisbén. La población clasificada en el nivel 3 del Sisbén puede afiliarse al régimen subsidiado mediante un subsidio parcial que da derecho a recibir algunos contenidos del POS-S (República de Colombia, 2007f).

El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo incluye los servicios de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías (cerca del 90 % de las patologías propias del perfil epidemiológico del territorio colombiano) (Hernández, 2002), y excluye procedimientos de tipo estético, tratamiento para la infertilidad, periodoncia, ortodoncia y prótesis parciales o implantes, entre otros (República de Colombia, 2011f). Para los afiliados al régimen subsidiado, el POS-S incluía hasta el año 2012 prestaciones de atención de primer nivel y para enfermedades de alto costo, dejando fuera un gran número de patologías y la cobertura de servicios a lo largo de un mismo episodio de enfermedad (Quintana, 2002; República de Colombia, 2005). A pesar de que la Ley 100 contemplaba la equiparación de los POS subsidiados y contributivos, esta no tuvo lugar hasta 2012, efectuándose de manera escalonada por grupos poblacionales, manteniéndose la indefinición sobre la cobertura de algunos procedimientos que no fueron contemplados dentro del POS. La Ley 100 dispone que, mientras no se produzca la equiparación de los planes, la población debe recibir los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los contratados por las entidades territoriales (Jaramillo-Pérez, 1999). Por lo tanto, los individuos para un mismo episodio de enfermedad pueden recibir unos servicios en la red de prestadores contratados por las EPS-S y otros en los hospitales contratados por las secretarías de salud (Jaramillo-Pérez, 1999).

Gestión del aseguramiento

Las *entidades promotoras de salud (EPS)* tienen como funciones principales la afiliación, registro de afiliados y recaudación de sus cotizaciones por delegación del Fosyga; garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados de manera directa o indirecta; y divulgar información sobre los derechos y deberes a los usuarios en relación con el sistema de salud. Además, las EPS pueden ofrecer planes adicionales de salud a los

asegurados del régimen contributivo, que pueden contratarlos y pagarlos directamente.

Las EPS pueden actuar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado (República de Colombia, 1993). Actualmente, en el régimen contributivo predominan las EPS de tipo privado —87,2 % de la afiliación— y su concentración en 6 EPS. La EPS pública más importante, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, fue transformada en una empresa mixta con capital privado y posee el 12,8 % de la afiliación (Colombia. Supersalud, 2013).

Las *entidades territoriales* —municipios, distrito y departamentos—, a través de sus secretarías de salud, son las responsables de dirigir y coordinar el sector salud y el SGSSS en los territorios, garantizar el proceso de aseguramiento al sistema de salud y desarrollar políticas de salud pública. Su papel en el aseguramiento comprende desde la identificación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, su afiliación a las EPS-S, establecer contratos con las EPS-S y asignarlos de forma capitativa, y a las IPS públicas para la prestación de la población no asegurada. En relación con la salud pública, son responsables de formular e implementar las políticas en su territorio, entre ellos el plan de intervenciones colectivas (PIC), la coordinación intersectorial en el territorio y los servicios de salud bajo el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

Provisión de servicios de salud

La Ley 100 de 1993 define a las instituciones prestadoras de servicios de salud como entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, que se organizan para la prestación de servicios de salud a los afiliados al SGSSS, previo cumplimiento de los requisitos de habilitación y su inclusión en el registro especial de salud ante las entidades departamentales y distritales de salud (República de Colombia, 2006, 2007e). Las IPS públicas han adoptado la fórmula de Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En esta transformación, los hospitales públicos han llevado a cabo un proceso, aún en curso, de cambio de financiamiento, desde el subsidio a la oferta —aportes directos del Estado por la vía presupuestaria— al subsidio a la demanda, a través de contratos con las administradoras, principalmente del régimen subsidiado (República

de Colombia, 1996). Las ESE de I nivel están adscritas territorialmente y deben rendir cuentas ante las secretarías de salud municipales —si el municipio ha obtenido el certificado para asumir la responsabilidad de administrar los hospitales de I nivel—. Las IPS públicas de más complejidad están adscritas a los departamentos. Del total de IPS en el país, el 89,28 % son privadas (Guerrero, 2011).

Las redes de servicios de salud en las políticas de salud

En Colombia no existe una política pública específica para la implementación de redes integradas de servicios de salud, sino distintas normativas sobre el diseño del Sistema General de Seguridad Social y la organización de la prestación, que contienen referencias a las redes.

La creación de redes de servicios de salud va unida a los dos grandes procesos de reforma del sistema de salud colombiano en la década de los noventa: la introducción de un nuevo modelo de aseguramiento basado en el modelo de competencia gestionada y la descentralización político-administrativa del sistema público de salud.

El primero propone la organización de redes de servicios por parte de las EPS para sus afiliados tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo —*redes basadas en la afiliación voluntaria*— (República de Colombia, 1993), y por las entidades territoriales para atender la población vinculada; mientras que el segundo formula la organización y consolidación de redes de prestación a nivel territorial por parte de los entes territoriales, conformadas por IPS públicas y privadas —*redes basadas en la afiliación geográfica*— (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2007e, 2011d). Aunque para ambos el diseño propuesto por las políticas es muy limitado, el de las redes territoriales tiene un mayor desarrollo.

Además, pese a que en el proceso de modernización de las IPS públicas, como consecuencia de la introducción de la competencia en la prestación, se ha hecho referencia a redes de prestadores exclusivamente públicos basadas en la afiliación geográfica y coordinadas y administradas por los entes territoriales (Departamento Nacional de Planeación, 2014; Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2011d), no se evidencia un desarrollo concreto frente a ello.

Concepto de redes y sus objetivos

La incorporación del concepto de redes integradas de servicios de salud en la legislación colombiana no se produce hasta la Ley 1438 de 2011. Las normas anteriores utilizan otras denominaciones para referirse a las redes: red de servicios de salud (República de Colombia, 1993, 2001), red de prestadores o de prestación de servicios (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2007e) y redes de atención (República de Colombia, 2011d). Se encuentran dos definiciones en las normativas analizadas en las cuales se identifican varias características claves (República de Colombia, 2007d, 2011a, 2011c, 2011d): son redes que *prestan servicios* o bien de forma directa o mediante acuerdos a una *población definida sin una base geográfica,* que se *coordinan por medio del sistema de referencia y contrarreferencia establecido* por la entidad que los financia —*aseguradora o ente territorial*—.

Tabla 3.1. Definiciones de red integrada de servicios de salud en la políticas analizadas

Red de prestación de servicios	"Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos" (República de Colombia, 2007d).
Redes integradas de servicios de salud	"Integración de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida dispuesta conforme a la demanda" (República de Colombia, 2011a, 2011c, 2011d).

Los objetivos de las RISS recogidos en las definiciones contenidas en las políticas (República de Colombia, 2007e, 2011d) son la mejora de la eficiencia, equidad, integralidad y continuidad de la atención. El Decreto 4747 de 2007 añade la garantía de la accesibilidad, de la calidad de la atención y la respuesta adecuada a las necesidades de la población.

Además de estos objetivos, que son los que de forma común se encuentran en la literatura de redes, las políticas de organización de la prestación contemplan las redes principalmente como una fórmula para garantizar la sostenibilidad financiera de los proveedores en un mercado en el que compiten con los prestadores privados por los contratos con las

aseguradoras (Departamento Nacional de Planeación, 2014; Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Las políticas establecen que la integración permite mejorar la eficiencia al obtener economías de escala mediante la integración de funciones administrativas, como, por ejemplo, la contratación conjunta (República de Colombia, 2011d) o la integración de servicios asistenciales (República de Colombia, 2001).

El diseño de las redes en las políticas

El diseño de las redes contenido en las políticas analizadas destaca por su elevado nivel de indeterminación en relación con aspectos fundamentales para su desarrollo, como las funciones de las entidades que las organizan, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, la amplitud, profundidad y concentración geográfica mínima de las redes, la definición de mecanismos de financiación que incentiven la eficiencia global y la coordinación de las redes, o el modelo organizativo de las redes. La definición de criterios en el diseño se realiza de forma tímida, y, cuando tiene lugar, se incluyen excepciones para no vulnerar la autonomía de aseguradoras y prestadores privados.

En cuanto a las *funciones de las entidades que participan* en las redes, un vacío importante en la normativa es el referido a los contenidos de la función de coordinación o 'articulación' de las EPS en las redes a pesar de ser uno de sus cometidos principales (República de Colombia, 1993, 2007f). Únicamente se establece que estas entidades serán las encargadas de diseñar y organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en sus redes (República de Colombia, 2007e), y tendrán la obligación de reportar a la Superintendencia Nacional de Salud información correspondiente a la red de IPS con la que contratan.

Con respecto a las redes territoriales, la Ley 1438 de 2011, que es la norma que desarrolla con más amplitud este tipo de redes, otorga la responsabilidad de la coordinación a los entes territoriales, en coordinación con las entidades promotoras de salud (EPS) a través de los consejos territoriales de seguridad social. Aunque se definen los contenidos principales de la función de coordinación —identificación y clasificación en niveles de riesgo de la población por atender, consenso en torno a la implementación del modelo de atención, desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información compartidos, y coordinación de servicios—, ni la Ley 1438 ni la

normativa posterior desarrollan cómo se efectuará la coordinación entre los entes territoriales y las aseguradoras, ni determinan los mecanismos para transferir poder de decisión desde las aseguradoras a los entes y consejos en la articulación de las redes, ni el papel de los consejos territoriales del SGSSS. En este sentido, la norma solo establece que la coordinación por parte del ente territorial no podrá vulnerar la autonomía de las EPS e IPS que conforman la red (República de Colombia, 2011b).

Las políticas también asignan a los entes territoriales la responsabilidad de formular los planes bienales de inversión en salud en infraestructura, dotaciones y equipos públicos y privados según necesidades de la población. Aunque se establece que, en el caso de que las IPS públicas o privadas realicen inversiones fuera de estos planes, no podrán recibir financiación o ser contratadas con recursos del SGSSS, no definen el mecanismo de control para garantizarlo (República de Colombia, 2001, 2011d).

Finalmente, en el proceso de configuración de las redes de prestación, las políticas atribuyen al ente rector del sector salud —el Ministerio de Salud y Protección Social— algunas funciones sin desarrollar su contenido o los instrumentos para llevarlas a cabo, como la promoción de las redes (República de Colombia, 2001), la habilitación (República de Colombia, 2011d), la regulación de la cantidad y calidad de la oferta pública y privada (República de Colombia, 2001), la reglamentación de la función coordinadora de los entes territoriales en las redes territoriales (República de Colombia, 2011d). En cuanto al proceso de habilitación, aunque la Ley 1438 expone varios criterios para la habilitación de las redes, no ha habido un desarrollo normativo posterior que determine los estándares de habilitación específicos para este tipo de organización.

En el caso de las redes territoriales, el *ámbito geográfico* es establecido por el municipio, exceptuándose aquellos que no se encuentran certificados, en cuyo caso sería el departamento el responsable de su definición, no obstante, no se define cuál es la *amplitud* mínima que deben tener. La definición de estos criterios es fundamental en el diseño de redes para evitar la implementación de redes en ámbitos geográficos muy reducidos, por ejemplo, a nivel municipal, que no dispongan de los niveles de atención necesarios para garantizar la integralidad de la atención. En cuanto a las redes organizadas por las aseguradoras, la Ley 100 de 1993 y la normativa

posterior establecen únicamente que su amplitud la determina el plan de beneficios que contiene los servicios que deben garantizar a sus afiliados.

Los documentos analizados tampoco contienen criterios en relación con el número de unidades médicas necesarias para la provisión de los servicios de salud según características poblacionales específicas —*profundidad*—, ni su distribución en el espacio geográfico —*concentración geográfica*—. Únicamente la Ley 1122 de 2007, así como el Decreto 4747 de 2007, enuncian que las aseguradoras deben garantizar servicios de salud de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia del afiliado, aunque les dan autonomía para decidir proporcionarlos fuera del municipio si consideran que los servicios disponibles no cuentan con la calidad suficiente (República de Colombia, 2007a). En el caso de la atención de la población pobre, en las prestaciones no cubiertas con subsidios a la demanda, se establece que estas deberán contratar con ESE habilitadas y, en caso de que no existiese en el municipio o en su área de influencia la oferta necesaria, podrán contratar con otras instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren habilitadas (República de Colombia, 2007b). Esta misma ley establece que en cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE (República de Colombia, 2007c).

Las normas contemplan un amplio abanico de *formas de colaboración interorganizativas* entre las entidades que conforman las redes, por determinar de forma autónoma por las entidades, e introduce algunas limitaciones en su uso: 1) *entre las aseguradoras y los prestadores,* la integración bajo la misma titularidad en el régimen contributivo —en el subsidiado no está permitido—, con un valor máximo del 30 % del gasto en salud asignado (República de Colombia, 2007f), o la contratación de servicios —en el régimen subsidiado, al menos un 60 % del gasto debe ser con prestadores públicos del área de residencia del afiliado si cumplen con los indicadores de calidad, resultados y tarifas competitivas, y en el régimen contributivo, únicamente se establece de forma que las EPS les deberían dar prioridad en los procesos de contratación— (República de Colombia, 2007f); 2) *entre las entidades territoriales,* se ha enunciado la posibilidad de establecer asociaciones para organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos, como la gestión de centros o puestos de salud en red, con el fin de producir economías de escala (República

de Colombia, 2011e); 3) *entre los prestadores,* admiten cualquier forma de asociación, como uniones temporales, consorcios, etc. (República de Colombia, 2011d); 4) *entre los prestadores públicos,* fórmulas de asociación dirigidas a la contratación conjunta de servicios para obtener economías de escala, como las cooperativas (Presidencia de la República de Colombia, 2010; República de Colombia, 2011d); 5) *entre prestadores público-privados,* se ha promovido la creación de asociaciones para la inversión en infraestructura en el largo plazo (República de Colombia, 2012; Colombia. Superintendencia Nacional de Salud, 2010a, 2010b).

Tabla 3.2. Características claves del diseño de las RISS en Colombia en las políticas analizadas

	RISS-aseguradoras	RISS-territoriales
Población definida	Afiliación voluntaria	Afiliación geográfica. Por definir en la habilitación de la red (municipio, departamento)
Amplitud	Determinada por el POS	Determinada por el POS
Profundidad	No se define	No se define
Concentración geográfica	Garantía de que la baja complejidad se provee en el municipio de residencia del afiliado	Prestación de servicios en ESE habilitadas en el municipio (Ley 1122 de 2007). En cada municipio debe existir una ESE
Formas de relación	Entre aseguradoras-prestadores: integración bajo misma titularidad o contratación de servicios Entre proveedores: consorcios, uniones temporales y tercerización de servicios, alianzas	Entre entidades territoriales: asociaciones para organizar conjuntamente prestación de servicios públicos (República de Colombia, 2011e) Entre proveedores: consorcios, uniones temporales y tercerización de servicios, alianzas, fusión ESE, asociaciones público-público y público-privadas
Mecanismos de asignación	Pago por capitación I nivel (República de Colombia, 2011d), por evento (o por servicio), por caso (o basado en casuística) y presupuestos globales fijos (República de Colombia, 1993, 2007e)	Pago de servicios a IPS públicas y privadas mediante 'paquetes de atención en salud' u otras alternativas de contratación
Modelo de organización de servicios	Marco genérico de organización por niveles de referencia y contrarreferencia (República de Colombia, 1994, 2001) Puerta entrada: I nivel Fortalecimiento baja complejidad (República de Colombia, 2011d)	Por niveles de atención y grados de complejidad a partir de los criterios de referencia y contrarreferencia, con I nivel como puerta de entrada (República de Colombia, 2001)

Las políticas contemplan también un amplio abanico de modalidades de pago entre las aseguradoras y los proveedores que componen las redes, por determinar de forma autónoma por las aseguradoras: el pago por capitación, pago por evento (o pago por servicio), pago por caso (o pago basado en casuística) y presupuestos globales fijos (República de Colombia, 1993, 2007e). Sin embargo, no se incluyen criterios o recomendaciones sobre las formas de pago más adecuadas para promover la coordinación entre niveles y la eficiencia global. La única limitación que se introduce es en el uso del pago por capitación a los servicios de media y alta complejidad, y la prohibición de la utilización de mecanismos de asignación o fórmulas de contratación que limiten el acceso a la atención a la salud o favorezcan la fragmentación de la atención, sin definir el mecanismo de control del ente rector para evitarlo.

Por último, la normativa únicamente define un marco genérico para *el modelo de organización de servicios:* su disposición por niveles de complejidad a partir de los criterios de referencia y contrarreferencia (República de Colombia, 1993, 2001), que ya había sido definido en 1994 por el *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos (Mapipos)* (República de Colombia, 1994). Según este modelo, el acceso a la red debe ser por el I nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes, el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo con las normas definidas para ello. Dentro de este marco genérico, las aseguradoras son las responsables de definir cómo se organizan y relacionan los servicios que comprenden las redes que organizan.

Instrumentos para el desarrollo de las redes y estrategias para su fomento

La formulación de estrategias para fomentar la implementación de redes es escasa e inespecífica. Para el fomento de redes territoriales, únicamente se propone el desarrollo de programas de apoyo técnico, mecanismos de financiación para las redes públicas y sistema de habilitación de las redes, en fase inicial.

Se ha establecido un programa de apoyo técnico a las direcciones de salud de las entidades territoriales para el fortalecimiento de su capacidad de coordinación de redes y programas genéricos para la consolidación de redes de servicios prioritarias nacionales, como la red de urgencias

(Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). También se contemplan algunas estrategias para la reorganización de la red pública, como el apoyo técnico y financiero a las entidades territoriales en el proceso, el saneamiento de los pasivos prestacionales del personal vinculado con las instituciones y la definición e implantación de un sistema de seguimiento de la gestión asistencial y financiera de los proveedores públicos (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Se establecen dos mecanismos para la financiación de la reorganización de la red pública: la destinación de recursos de las rentas cedidas a las entidades territoriales y los créditos condonables a la nación y entes territoriales, si se demuestra el logro del equilibrio financiero, eficiencia y articulación de la red. Los créditos se establecen por contrato entre la entidad territorial y el Ministerio de Salud, siendo el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el encargado de manejar el crédito con el ente territorial. No obstante, los recursos para el desarrollo de este programa fueron adquiridos por el gobierno colombiano a través de un crédito externo no condonable con el Banco Interamericano de Desarrollo (República de Colombia, 2010, 2011d).

En lo que compete al proceso de habilitación de redes integradas de servicios de salud, este es un proceso incipiente, dado que la única normativa que lo ha enunciado, sin que se hayan establecido los mecanismos para su implementación, ha sido la Ley 1438 de 2011, que describe de manera superficial los criterios que deben tenerse en cuenta para su conformación, entre otros, la definición de la población y territorio a cargo, la oferta de servicios y recursos de que se dispone, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y el cumplimiento de los estándares de habilitación de las instituciones prestadoras de servicios que integran la red. Elementos estos últimos que están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y que hacen parte de los alcances del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (República de Colombia, 2013).

El único mecanismo de coordinación entre niveles asistenciales que las políticas analizadas proponen para las redes es el mecanismo de referencia y contrarreferencia, y, en el caso particular de las urgencias, el desarrollo de centros reguladores de urgencias y emergencias por parte de las direcciones territoriales para regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población

afectada por emergencias o desastres en su área de influencia (República de Colombia, 1993, 2007e, 2011d). Aunque el sistema obligatorio de garantía de la calidad destaca la importancia de crear sistemas de información integrados, su objetivo es la evaluación del desempeño de los servicios y no la transferencia de información clínica entre niveles asistenciales. Otros mecanismos, como el sistema de incentivos o el sistema de información, propuestos por la política de prestación de servicios, o el diseño y adopción de guías y protocolos clínicos, que han sido enunciados dentro de los lineamientos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, se dirigen a los proveedores de forma individual y no para la red en su conjunto.

Conclusiones

En la legislación colombiana, la incorporación del concepto de RISS es relativamente reciente, existiendo dos tendencias en relación con su desarrollo: de una parte, la configuración de redes por parte de las empresas promotoras de salud, basadas en un modelo de aseguramiento; y, de otra, la configuración de redes que operan por ámbito geográfico, desarrolladas por las entidades territoriales. Aunque se ha llevado a cabo un mayor desarrollo normativo en cuanto a las redes territoriales, destaca la falta de claridad en las normativas y su falta de continuidad para ambos tipos de redes.

En las políticas analizadas, resalta la falta de criterios explícitos en relación con aspectos relevantes para la configuración de las redes, y, por lo tanto, en su desempeño, como las funciones de las entidades que las organizan, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, el modelo organizativo o los mecanismos de coordinación que deben implementar.

A pesar de que el Estado debería ser el garante de la prestación de los servicios de salud, la indeterminación en el diseño de las redes detectada supone delegar a las EPS la responsabilidad de definir la configuración y organización de sus redes de servicios de salud.

Capítulo 4
El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores sociales

Lilia Virginia García-Sánchez, Amparo Susana Mogollón-Pérez y María Luisa Vázquez Navarrete

Los resultados de este capítulo responden al objetivo de analizar el acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los distintos actores sociales: gerentes de aseguradoras (EPS) y de prestadores (IPS), profesionales de la salud y administrativos, así como usuarios de los servicios de salud. Para ello, se analizaron cuatro redes: dos en el municipio de Soacha (departamento de Cundinamarca) —redes 1-S y 4-C— y dos en la localidad de Kennedy (Bogotá, D.C.) —redes 2-S y 3-C—, que proporcionan atención a los regímenes subsidiado y contributivo en cada área, respectivamente. Los resultados aquí presentados se generaron mediante el estudio cualitativo sobre acceso y coordinación, basado en entrevistas individuales semiestructuradas a los distintos grupos de informantes. La descripción pormenorizada de los métodos de colecta y análisis de los datos se encuentra en el capítulo 2.

Los resultados se exponen en dos apartados. En el primero, se analiza la opinión sobre los factores relacionados con las políticas del sistema de salud que inciden sobre el acceso a los servicios de salud en general. El segundo contiene el análisis comparativo del acceso a la atención en las cuatro redes analizadas; incluye la percepción general sobre el acceso a la

atención en los diferentes niveles asistenciales y los factores que inciden, clasificados según se relacionen con las aseguradoras (EPS), prestadores de servicios de salud (IPS) o los usuarios.

En la descripción de los resultados, se enfatizan las semejanzas y diferencias entre redes, áreas geográficas y regímenes de aseguramiento e informantes, cuando se presentan. Para efectos de la descripción de datos, se equiparan los discursos de informantes de las IPS de I nivel de atención de las redes subsidiadas con los de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y el II y III nivel de atención de las redes subsidiadas con la atención especializada de las redes contributivas.

Factores relacionados con las políticas del sistema de salud

En relación con las políticas del sistema de salud, los informantes de las cuatro redes identificaron el modelo de competencia gestionada y algunos elementos de las políticas de aseguramiento como los determinantes del acceso a los servicios de salud más significativos.

Modelo de competencia gestionada

Del discurso de los diversos informantes emergió con fuerza que la adopción de los principios del modelo de competencia gestionada genera múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, relacionadas con el papel de intermediación de las aseguradoras (EPS) y la competencia entre proveedores (tabla 4.5). Atribuyen estas barreras a que el modelo convierte la provisión de la atención en salud en una mercancía sujeta a las leyes del mercado, y en el que la maximización de beneficios, rentabilidad económica y sostenibilidad financiera son los objetivos de las aseguradoras (EPS) y los prestadores de servicios de salud (IPS).

Por un lado, el papel de intermediación otorgado a las aseguradoras (EPS) les permite adoptar estrategias de control de la atención y en la compra de servicios a proveedores que privilegian la maximización de sus beneficios. Entre las estrategias de control de la atención se identifican los numerosos trámites y los tiempos de respuesta prolongados para la autorización de consultas médicas, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, que favorecen la maximización de beneficios económicos, ya que conducen a diagnósticos tardíos, deterioro de los cuadros clínicos de

los pacientes y a desincentivar la búsqueda de atención: *"Un paciente con un problema de una gastritis que requiere de una endoscopia para identificar cuál es la causa y se la dan seis meses después, y, cuando se la descubren, tiene una cáncer de estómago, ya es inoperable, incluso ya hizo metástasis, entonces, ya ¿para qué? Las EPS los posponen a tiempos indefinidos con el objeto de ahorrar costos y maximizar sus beneficios"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Esta actuación contrasta con la del Estado en su rol de garante de la atención de la población no asegurada, por la inexistencia en este caso de estrategias de control de la atención, según los profesionales de salud y administrativos de las IPS públicas de las redes subsidiadas, lo que favorece el acceso a los servicios de salud: *"En Bogotá, mientras se está vinculado, se está a cargo de la Secretaría y les va mejor que estando afiliados a una EPS subsidiada, pues las EPS subsidiadas ponen demasiado freno y no autorizan nada, y eso es una estrategia de contención de costos"* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En segundo lugar, gerentes de IPS y profesionales de la salud señalan que la compra de servicios al menor valor tarifario posible como establecen las aseguradoras obliga al prestador a diseñar estrategias de control de costos excesivo, lo que afecta la calidad de los servicios ofertados: *"Si por un parto, me dan un paquete que incluye dos controles prenatales con un especialista, una atención de parto y/o cesárea, un control posparto con especialista y un control del niño con un pediatra, y por todo eso le dan a usted $600.000, eso no alcanza. Entonces, usted, ¿qué hace?, pues que no puede tener personal bien pago, que, en vez de tener ginecólogos, tiene médicos generales para que le salga más barato"* (profesional de salud IPS especializada, Red 4-C).

Por otro lado, los prestadores de servicios, en su búsqueda de rentabilidad económica y sostenibilidad financiera, deben competir en dos niveles: entre proveedores públicos y privados, así como entre externos y propios de las redes. Gerentes de IPS indican que la competencia entre prestadores públicos y privados pone en desventaja a los primeros, debido a sus déficits de partida en cuanto a oferta de servicios, infraestructura y desarrollo tecnológico, lo que lleva a problemas en la oportunidad y en la calidad de los servicios prestados: *"En los hospitales públicos, que es donde debemos atender a la población más pobre y vulnerable, desafortunadamente no contamos con la infraestructura, y en esas condiciones para nosotros*

competir en el mercado es muy difícil, porque en eso se ha convertido la salud, en una competencia entre unos y otros" (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Además, los informantes de las IPS especializadas externas señalan una concentración de la atención en las IPS propias que atribuyen tanto a criterios tarifarios como a la posibilidad de implementar mayores estrategias de control de atención, con las que difícilmente pueden competir. El privilegio de la red propia conlleva como barrera de acceso la pérdida en la oportunidad de la atención: *"El fenómeno de la integración vertical que están teniendo las EPS, donde tienen sus propias redes y por no dar el chance a las clínicas privadas o al sector público, que fácilmente podrían hacer parte de su red, por el tema tarifario, o por cualquier otro tema solo de contención de costos, dejan todo en su propia red, afectando la oportunidad, la accesibilidad"* (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

Políticas de aseguramiento

Los elementos de las políticas de aseguramiento que emergen en el discurso de los distintos informantes como barreras al acceso a los servicios de salud son la limitada cobertura del Plan Obligatorio de Salud, el diseño segmentado del aseguramiento, la existencia de copagos y cuotas moderadoras, y la afiliación a un seguro de salud (EPS) (tabla 4.6).

Limitada cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Las diferencias en el plan de beneficios entre regímenes, la asignación de la atención cubierta por el POS a determinados niveles asistenciales y la exclusión de prestaciones fueron los elementos que emergieron con mayor fuerza del discurso de los distintos actores como barreras para el acceso a los servicios de salud —principalmente referidos a la población afiliada al régimen subsidiado—, que persisten a pesar de la equiparación de los planes de beneficios para algunos grupos poblaciones.

En primer lugar, los informantes señalaron la mayor restricción de prestaciones para la población afiliada al régimen subsidiado, que limita la atención al I nivel y restringe el acceso efectivo a medicamentos, pruebas diagnósticas, atención especializada ambulatoria y servicios hospitalarios, lo cual se traduce en pérdida de la integralidad en la atención e interrupciones en la atención: *"Es mucho mejor estar en el régimen contributivo, empezando que el plan obligatorio de salud del contributivo es*

diferente al subsidiado. Entonces, el paciente contributivo tiene acceso a más medicamentos, a más ayudas diagnósticas y a más especialistas, que el que está en el subsidiado, cuando debería ser igual" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). Las diferencias en los planes de beneficios no solo se presentan entre regímenes, sino también en el interior del régimen subsidiado entre los que poseen subsidios totales y parciales. Para estos últimos, el POS solo cubre la atención a gestantes, parto y puerperio, menores de un año, enfermedades de alto costo, ortopedia y traumatología y medicamentos requeridos para tales fines, manteniéndose de igual manera el esquema de los copagos: *"El subsidio parcial solo opera para medicamentos, es una figura que sirve para menores de un año y para gestantes [...] los medicamentos me los cubren 100 % sin copago, pero la consulta igual va con copago de acuerdo con el nivel, va como vinculado. El servicio y las redes de servicio son unos vinculados casi que totales, entonces, les mejora un poquito el acceso a medicamentos [...] pero realmente son vinculados. Entonces, el parcial no es que les haya solucionado, pues a la gestante y al niño menor de un año sí, claro, pero realmente no a los demás"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Otro problema identificado por gerentes y profesionales de salud de las IPS de I nivel es la asignación de las prestaciones a determinados niveles asistenciales, lo que implica que algunos medicamentos y pruebas diagnósticas que podrían ser prescritos por médicos generales se restringen a especialistas. Como consecuencia, para dar respuesta a un problema de salud, los usuarios deben recurrir a más de un profesional, lo que les incrementa el número de trámites, los tiempos de espera y el gasto de bolsillo: *"Un niño que necesita una amoxicilina con ácido clavulánico está, pero tiene que mandarlo el pediatra, o sea, nosotros como médicos generales tenemos limitación, pero el especialista no. Luego, ahí comienzan los recorridos de los usuarios por diversas instituciones y se generan nuevos trámites para acceder a los servicios"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Para la mayoría de los informantes, las normativas del sector salud excluyen procedimientos, intervenciones y medicamentos del POS a los que la población finalmente tiene derecho, vulnerando su derecho fundamental a la salud: *"Tenemos los eventos no POS [...] esa es una barrera de acceso demasiado violenta que está vulnerando el derecho constitucional*

a la salud" (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). Estas exclusiones generan un incremento en los trámites para acceder a los servicios, como las autorizaciones por parte de los comités técnico-científicos (CTC), que conllevan en algunos casos la interposición de mecanismos de exigibilidad jurídica como única alternativa para garantizar el acceso a las prestaciones requeridas: *"Hay algunas barreras, como los medicamentos no POS [...], hay que hacer cantidad trámites, pues lo no POS solamente lo tiene que hacer el comité técnico científico. Eso ha sido un factor que ha incrementado las tutelas"* (profesional de salud IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). Finalmente, se señaló que, a pesar de la unificación de los planes de beneficio, persisten las restricciones en el acceso a algunas prestaciones, que los informantes atribuyen a la falta de claridad en sus contenidos y a que su implementación se ha dado por grupos poblacionales: *"Hay una zonas grises que aún quedan en este nuevo plan de beneficios [...] todavía existen ahí baches [...] que van en detrimento de una buena atención"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S); *"Ya homologaron una parte para la población menor de 18 años, entonces ya al menos a esta población yo ya le tengo que ofrecer lo que está en el POS, pero la demás población ¿qué?, también se enferma y necesita consultas especializadas que en el plan de beneficios del régimen subsidiado no le podemos ofrecer"* (gerente aseguradora, Red 2-S).

Diseño segmentado del aseguramiento

Los informantes de las redes subsidiadas identificaron que la existencia de dos entes responsables de garantizar la atención —la EPS-S para el POS-S y el ente territorial para lo no cubierto por el plan de beneficios— se constituye en una barrera de acceso, porque implica para el usuario un incremento en los trámites de autorización y en los tiempos de espera para la atención, en la medida en que contratan servicios con diferentes prestadores: *"Al paciente del POS subsidiado se lo cubre su EPS subsidiada con una red de prestación de servicios y lo que es no POS subsidiado se lo cubre el ente departamental, el ente territorial con otra red [...], entonces, le toca solicitar las autorizaciones, o sea, ir de lado a lado haciendo las cosas, lo que les genera mayores dificultades para acceder a los servicios de salud"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).

Existencia de copagos y cuotas moderadoras

La mayoría de informantes considera que los copagos, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, restringen el acceso a los servicios de salud.

Para los usuarios del régimen subsidiado, se destaca que el pago de cuotas de recuperación para eventos no POS-S, así como los copagos de las consultas médicas de quienes poseen subsidios parciales, producen restricciones para el acceso a los servicios: *"Ellos en su carné del Sisbén traen un estrato, un nivel socioeconómico. Entonces, si es nivel 1, cancela el 5 %; si es nivel 2, el 10 %, aquí hay pacientes que obviamente carecen de recursos, $20.000, $30.000 para ellos es difícil tenerlos en su momento. Si el paciente requiere una hospitalización, que es un evento no POS, tiene que asumir el pago de una cuota de recuperación"* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S); *"Para las personas que tienen subsidio parcial, la consulta igual va con copago de acuerdo al nivel, entonces va como un vinculado"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En el régimen contributivo, los informantes indican que la población que devenga menores ingresos presenta dificultades para asumir el valor de los copagos y las cuotas moderadoras, ya que, por su condición socioeconómica, deben priorizar el tipo de necesidades básicas por satisfacer: *"Hay personas que no tienen los 1.700 o 2.000 pesos de nivel 1 para poder acceder ese día a una consulta [...], las personas dirán: 'No me voy a gastar $1.000 o $2.000 en una consulta, porque es que tengo que darle el desayuno a mis hijos, o tengo que ir a trabajar al otro lado de Bogotá'; entonces, sí me parece que eso podría ser una de las barreras"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Dificultades relacionadas con la afiliación a una aseguradora (EPS)

Los informantes identifican problemas durante el proceso de afiliación y posterior a este. En el primer caso, señalan que en el régimen subsidiado existe restricción de recursos para ampliar el número de afiliados, así como dificultades para la identificación de beneficiarios. En tanto que, tras la afiliación, destacan errores en la depuración de las bases de datos de afiliados en el régimen subsidiado y también en el contributivo y pérdida de la continuidad en la afiliación.

Durante el proceso de afiliación, gerentes de EPS e IPS indican que la restricción de los fondos disponibles en algunos entes territoriales para la financiación del régimen subsidiado limita la ampliación del número de afiliados y obliga a comenzar por determinados grupos poblacionales priorizados y a excluir otros con igualdad de derecho para ingresar a este régimen: *"El régimen subsidiado tiene recursos locales, entonces, en la medida en que se entregan recursos a las alcaldías, a los municipios, ellos podrán afiliar gente [...] hay unas listas de priorización [...]. Primero, tienen que afiliar a las embarazadas; luego, a los niños menores de tantos años; luego los viejitos; luego sí madres cabeza de familia; luego sí los hombres [...], pero la plata, como no alcanza para todo mundo, entonces, tu afiliarás un pedazo y los otros te quedan por fuera"* (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

Otro problema descrito por gerentes de EPS e IPS, profesionales de la salud y usuarios son los errores en la identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado, que atribuyen a demoras en la aplicación de la encuesta Sisbén, a una valoración incorrecta del nivel socioeconómico y a la falta de control que permite el ingreso de personas con capacidad de pago: *"El régimen subsidiado está más corrompido que el óxido, es un sistema muy mal utilizado, igual que los programas estatales, Familias en Acción y todo aquello que se logre en el Sisbén [...]. Hay personas que, pudiendo aportar al contributivo, están en el subsidiado y hay otros que los afilian por tener recomendaciones de los políticos"* (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

Tras el proceso de afiliación al régimen subsidiado, la mayoría de los informantes señaló como principal problema la inexistencia de una base de datos depurada y actualizada a nivel gubernamental. Como causas se identifican la demora en el reporte de nuevas afiliaciones y retiros que deben efectuar las EPS-S al ente territorial y al Fosyga y en la notificación y actualización de los traslados de EPS-S por los entes territoriales. Como consecuencia para los usuarios, se produce una multiafiliación, con pérdida de cobertura y negación de servicios: *"Hay mucho problema con las bases de datos. La persona viene y consulta y está en el sistema, y a los quince días viene a consulta y ya no aparece. Pero eso [...] no es de las IPS, sino directamente de la EPS, es la base de datos de la EPS. Ellos lo que manifiestan es que constantemente están depurando personas fallecidas,*

personas que se han trasladado [...] bueno, no sé, todo lo que hacen con sus bases de datos, y de pronto, por alguna u otra cosa, sacan personas que no deberían sacar" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S).

El principal problema descrito en el régimen contributivo se relaciona con la falta de continuidad en la afiliación por desempleo o limitación económica para aportar al sistema, que genera pérdida de cobertura del aseguramiento y restricción para el acceso a los servicios de salud: *"El paciente que definitivamente se quedó sin poder cotizar y lleva tres meses ya no va a tener servicios en la EPS, pero tampoco va a poder ir a que sea atendido con recursos de la oferta [...], por eso, definitivamente el paciente que perdió la capacidad de cotización está expuesto a no ser atendido"* (gerente aseguradora, Red 3-C).

Percepción general del acceso a los servicios de salud en las redes de estudio

La mayoría de informantes coincide en que el acceso al continuo de servicios es complejo en las cuatro redes. No obstante, considera que el acceso al I nivel, aunque presenta dificultades, es mejor que a la atención especializada. Las barreras de acceso a los distintos niveles asistenciales se relacionan con las aseguradoras, los prestadores de servicios de salud y las características de la población, con algunas diferencias según el tipo de redes.

En cuanto a las aseguradoras (EPS), se identifican como barreras los mecanismos para el control de la atención y la compra de servicios a proveedores, con diferencias según el régimen de aseguramiento. En relación a los primeros, en las distintas redes se evidencia un elevado número de trámites para la autorización de las prestaciones POS y no POS, mayor en las redes subsidiadas y principalmente para la atención especializada; en tanto que en las redes contributivas predominan los límites al ejercicio profesional y en número de consultas. En cuanto a la compra de servicios, la contratación fragmentada y fuera del territorio genera en todas las redes barreras geográficas y económicas por el aumento de trámites, costos y tiempos de desplazamiento; situación que es más evidente en la atención especializada y en el municipio de Soacha, pues la mayoría de estos servicios se ofertan en la ciudad de Bogotá, es decir, fuera del municipio.

En relación con los prestadores (IPS), emergieron elementos estructurales y organizativos que inciden sobre el acceso a los servicios de salud, con diferencias según el tipo de red. A nivel estructural, se identifican problemas con la suficiencia de recursos (infraestructura y recursos humanos) y limitada accesibilidad geográfica, que emergen en mayor medida en las IPS públicas de las redes subsidiadas, principalmente las de Soacha y que se relacionan con problemas de financiación, falta de incentivos para laborar en el municipio y la baja oferta de servicios especializados en el territorio. En cuanto a los factores organizativos, los mecanismos para la asignación de citas son los que tienen mayor incidencia en el acceso y, en menor medida, los horarios para la atención. En relación al primero, se evidencian restricciones en los horarios y en el número de cupos asignados en las redes subsidiadas (aunque con algunos facilitadores para grupos especiales), con los tiempos de espera más prolongados para la atención especializada. Finalmente, las mayores dificultades con los horarios para la atención se describen en los centros de primer nivel, ubicados en las zonas marginales del municipio/localidad.

Como características de la población que influyen en el acceso, los informantes de las cuatro redes señalan la falta de recursos económicos como su principal obstáculo. No obstante, en las redes contributivas, aunque refieren limitaciones económicas para el acceso debidas al bajo nivel de ingresos, consideran que cuentan con mejor acceso a los servicios de salud por tratarse de población con capacidad de pago. Los prestadores de servicios, primordialmente de las redes subsidiadas, señalan el desconocimiento del sistema y uso inadecuado de los servicios como barreras al acceso.

Factores que influyen en el acceso a los servicios de salud de las redes

Factores relacionados con las aseguradoras (EPS)

Los mecanismos de control de la atención y el modelo de compra a proveedores establecido por las aseguradoras (EPS) emergen en el discurso de los informantes en las cuatro redes como factores que inciden de manera negativa en el acceso a los servicios de salud. No obstante, se aprecian diferencias según el tipo de redes (tablas 4.1 y 4.7).

Introducción de mecanismos de control de la atención

La mayoría de informantes identifica que las aseguradoras de las cuatro redes analizadas implantan estrategias de control de atención, que generan barreras al acceso, entre las que se destacan la autorización de servicios, los mecanismos de pago capitativo del I nivel y los límites en la prestación de servicios. Por una parte, aunque presente en las cuatro redes, el elevado número de trámites para la autorización de las prestaciones POS y no POS resulta más crítico en las redes subsidiadas, y, por otra parte, principalmente para la atención especializada, los límites al ejercicio profesional y al número de consultas, predomina en las redes contributivas. De igual forma, se señala el pago capitativo al primer nivel de atención y las auditorías como factores que limitan el acceso a los servicios.

En cuanto a la autorización de servicios, los profesionales de salud y gerentes de IPS de las cuatro redes identifican el exceso de trámites, que, junto a la falta de claridad en la ley respecto a las prestaciones POS y no POS, lleva a incrementos en los tiempos de espera para la atención y en costos para el usuario, tanto en el gasto de bolsillo, como en pérdida de tiempo; factores que en su conjunto desincentivan el uso de los servicios: *"Una respuesta del CTC puede demorar quince días, un mes, y eso es mucho tiempo para un paciente que requiere algo con urgencia [...], eso hace que el paciente pierda esa confianza en su EPS, porque va a decir: 'Yo estoy mal o deterioré mi estado de salud por esa demora que hubo para contestar una hoja y decirme si o no se la aceptamos"* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C). En una de las redes contributivas, se complejiza el proceso por añadir una autorización de la gerencia de la IPS de atención ambulatoria para las remisiones a urgencias y a subespecialidades contratadas con la red externa, lo que restringe el acceso oportuno a estos servicios: *"Cuando ya son remisiones a subespecialistas, esas remisiones sí las autoriza únicamente el gerente [...], él es quien toma la decisión de si autoriza o no autoriza"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Algunos entrevistados destacan para algunos grupos de pacientes (gestantes, pacientes con cáncer, VIH o enfermedades crónicas) que una vez inician tratamiento, la extensión de sus autorizaciones la solicita directamente el prestador al asegurador, lo que disminuye trámites para el usuario y favorece la continuidad en los tratamientos: *"Un renal,*

si no lo dializo, ¿qué pasa?, no puede esperar diez días [...], el prestador de renales no tiene que pedirme autorizaciones, el paciente va y él nos manda la relación y yo mensualmente les extiendo mis autorizaciones. Así pasa con VIH y con cáncer" (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En lo relativo al sistema de pago, personal administrativo y de salud, así como gerentes, principalmente de IPS, encuentran que el pago capitativo predominante en la contratación del primer nivel de las cuatro redes, aunque disminuye el número de trámites, incentiva a limitar las prestaciones al paciente: *"Cuando se habla de las cápitas [...], pues sí me parecen bastante peligrosas, en la medida en que se vuelve un juego de mirar quién puede ahorrar más para poder tener la economía estable, eso hace que sea una forma de contratación muy riesgosa para la atención del paciente"* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).

En las redes contributivas, emergen del discurso de los profesionales de salud de las IPS de atención especializada externas y usuarios los límites establecidos para la prestación de servicios, tanto al ejercicio profesional, particularmente para la prescripción de medicamentos y pruebas diagnósticas, como para el número de consultas por usuario. Dichas prácticas incrementan los tiempos de espera para la atención y el riesgo de deterioro de las condiciones de salud de los pacientes: *"Este médico me decía que no tenía nada; lo mismo que los médicos generales, que no tenía desprendida la retina, pero, entonces, ahí sí no sé porque será eso: porque no se les da la gana a los médicos, o porque no saben, o por ahorrarle costos a la EPS, o porque les prohíben que manden tantas cosas, [...] yo creo que eso sí es así, la EPS les tiene prohibido hasta dónde pueden hacer, hasta dónde pueden ir"* (usuario, Red 4-C).

Sobre la influencia de la auditoría de las actividades clínicas realizada por las aseguradoras a los prestadores, emergen opiniones contradictorias. Gerentes y profesionales de salud de las IPS de atención especializada consideran que, ante las glosas que efectúan los aseguradoras como estrategia para incrementar su rentabilidad económica, los prestadores se ven en la necesidad de cubrir solo aquellas prestaciones que tienen la seguridad de que les serán pagadas, con el riesgo de no proporcionar una atención de calidad acorde con las necesidades de los

pacientes: *"El asegurador obviamente, para lograr un equilibrio financiero, se enfoca en la auditoría para dificultar, pues de pronto no la atención, pero sí el pago de esas acciones realizadas por los prestadores de servicios de salud, que en últimas lo que va es en detrimento de una buena atención, si yo gasto una serie de recursos en atender a un usuario y no tengo la retribución por esas actividades, pues terminaré prestando acciones deficientes"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S). En tanto que gerentes y personal administrativo de las EPS consideran que el auditor de las aseguradoras en el ámbito hospitalario es un facilitador del acceso, ya que, actúa como puesto de enlace con la EPS con la que establecen una comunicación directa, y favorece la disminución de los trámites para la autorización de servicios.

Compra de servicios a proveedores fragmentada y fuera del territorio

La contratación fragmentada, la compra de servicios fuera del territorio, así como el cambio frecuente de proveedores, por parte de las EPS emergen en todas las redes como factores que generan barreras geográficas y económicas por el aumento de trámites y de costos de desplazamiento y en tiempo, así como interrupciones de los tratamientos e incrementos de tiempos de espera. La compra fragmentada es más evidente para la atención especializada y se agudiza en las redes para la población de Soacha, ya que esta en la mayoría de los casos se oferta fuera del municipio, en Bogotá.

Del discurso de los entrevistados de las cuatro redes emerge que las aseguradoras dividen un único proceso asistencial en varios subprocesos cuya atención compran a diferentes proveedores, incluso dentro de un mismo nivel de complejidad (contratación fragmentada). Mientras en las redes subsidiadas la fragmentación se presenta en todos los niveles de complejidad, en las redes contributivas, por tener capitados los servicios en sus IPS ambulatorias, la compra fragmentada se presenta fundamentalmente en la atención especializada por proveedores externos. Mientras que los gerentes de aseguradoras lo atribuyen a la falta de servicios habilitados en las IPS, los gerentes y personal administrativo de las IPS consideran que el asegurador fragmenta la contratación como estrategia de control de costos y maximización de beneficios: *"Los contratos fragmentados, pues son una barrera más de acceso [...], entonces, yo*

pienso que todo sale precisamente de la misma intermediación, porque no hay un sistema al que se le pueda dar continuidad, sino que va cambiando de acuerdo a los intereses particulares de la EPS, ellos se van acomodando pues a lo que más rentabilidad les dé" (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S). La compra fragmentada implica que el usuario debe efectuar más trámites ante diversas entidades, con el consecuente aumento en los tiempos de espera para la atención y en los gastos de transporte, lo que genera mayores dificultades para recibir una atención integral y un adecuado seguimiento: *"Es el caso de la contratación que hace la EPS para los servicios de atención del parto, el control posparto de las consejerías del pretest y el postest en relación con el VIH, y de los exámenes como tal. Entonces, los pacientes tienen que ir a tres entidades diferentes, eso es completamente absurdo, porque es fraccionar los servicios que deberían estar únicamente integrados en un solo sitio"* (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

La compra de servicios fuera del ámbito geográfico también es común a las cuatro redes, con diferencias según régimen y territorios. En las subsidiadas, este modelo de compra se utiliza tanto a nivel de la atención especializada como subespecializada, mientras que, en las contributivas, es más común en las subespecialidades que no ofertan en las IPS ambulatorias. La problemática se agudiza en las redes de Soacha, dado que las distancias que deben recorrer los usuarios para recibir atención en Bogotá son mayores, con implicaciones en tiempo, desplazamientos y gastos de transporte. Para las redes subsidiadas, diversos informantes señalan que la compra de servicios fuera de la localidad/municipio se debe a la limitada o inexistente oferta de estos servicios en las IPS públicas, por la falta de recursos o de habilitación de servicios, lo que, desde la perspectiva de los gerentes de EPS, los obliga a contratar fuera del ámbito geográfico: *"Yo debería tener en mi localidad todo, pero ¿qué pasa? [...] Yo me voy para el III nivel, pero si el III nivel no me quiere prestar los servicios digamos de II nivel, yo cómo lo obligo a que me los preste, pues me toca contratar con el Simón o con Suba para que me preste el servicio [...] y, como la ley no me permite contratar un privado, entonces, yo tengo que contratar con un público y el único que me está prestando el servicio es Suba, claro se ve afectado el usuario"* (gerente IPS III nivel de atención/

especializada, Red 2-S); *"La atención especializada, que es II y III nivel [...], las barreras son mayores, porque hay población de Soacha [...] que las EPS subsidiadas tienen capitada o referenciada a sitios de Bogotá, entonces ya el desplazamiento es más difícil"* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

También atribuyen la compra de servicios fuera del territorio al modelo de competencia gestionada en que se basa el sistema de salud, en el cual las redes buscan la maximización de beneficios económicos mediante la contratación a menores tarifas sin tener en cuenta criterios de georreferenciación, es decir, el lugar de residencia de la población que debe ser atendida: *"Las redes cada vez se van dirigiendo más hacia un proceso mercantilista, de control de gastos, de control de la oferta y la demanda, como le decía, entonces, el acceso del paciente ha venido siendo limitado por oferta y demanda, y en eso el asegurador escoge y define su red no con la primera intención de prestar un servicio de calidad y un servicio adecuado para el paciente, sino de contención de gastos, de menor tarifa"* (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

En relación con la duración de los contratos y cambio de prestadores contratados, la mayoría de profesionales de salud de las redes subsidiadas y de la Red 3-C identifica la interrupción en la prestación de servicios como consecuencia del vencimiento de contratos con las EPS, lo cual se traduce en períodos sin atención hasta su renovación y también en cambios de prestador. Estas situaciones, que no son comunicadas por la EPS al personal médico ni a los usuarios, implican la negación de la atención, principalmente la especializada y nuevos trámites para renovar remisiones vencidas, con el consecuente aumento de los tiempos de espera para la atención: *"Las IPS se niegan a prestar los servicios con respecto al pago o porque se termina la contratación y no atienden más por eso. Ese es un punto crítico, que pone al usuario [...] preciso hoy tenía cita, y 'No los atendemos porque ya no hay contratación con la EPS', y la EPS nunca se comunica"* (gerente aseguradora, Red 1-S).

Tabla 4.1. Factores que dificultan el acceso a la atención relacionados con las aseguradoras

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Introducción de mecanismos de control de la atención				
Autorización de servicios	Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta	Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta	Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta	Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta
				Autorización gerencia IPS ambulatoria: remisiones a urgencias y subespecialidades
Mecanismos de pago	Capitativo I nivel: limita prestaciones	Capitativo I nivel: limita prestaciones	Capitativo I nivel: limita prestaciones	Capitativo I nivel: limita prestaciones
Límites en la prestación de servicios			Límites al ejercicio profesional	Límites al ejercicio profesional
			Restricción del número de consultas	Restricción del número de consultas
	Auditoría para contención de costos	Auditoría para contención de costos	Auditoría para contención de costos	Auditoría para contención de costos
Modelo de compra de servicios a proveedores				
Compra fragmentada	Todos los niveles	Todos los niveles	Atención especializada con prestadores externos	Atención especializada con prestadores externos
Compra de servicios fuera del territorio	Especializada y subespecializada	Especializada y subespecializada	Especialidades no ofertadas en IPS ambulatorias	Especialidades no ofertadas en IPS ambulatorias
	Basada en criterios tarifarios	Basada en criterios tarifarios	Basada en criterios tarifarios	Basada en criterios tarifarios
Duración de contratos y cambio de prestadores contratados	Corta duración y rotación de prestadores especializados	Corta duración y rotación de prestadores especializados	Corta duración y rotación de prestadores especializados externos	

Factores relacionados con los prestadores de servicios

En relación con los prestadores, en el discurso emergieron elementos estructurales y organizativos que inciden sobre el acceso a los servicios de salud, con diferencias según el tipo de redes: Los déficits estructurales identificados se refieren a la infraestructura, los insumos, el recurso humano y la accesibilidad geográfica. Como elementos organizativos, se identifican dificultades con los mecanismos para la solicitud de citas, los tiempos de espera y los horarios de atención.

Factores estructurales que influyen en el acceso

La mayoría de informantes de las cuatro redes identifica factores estructurales que inciden en el acceso a los servicios de salud, relacionados con la disponibilidad de recursos para la atención y la accesibilidad geográfica. Se aprecian diferencias importantes entre tipos de redes y algunas por su localización (tablas 4-2 y 4-8).

Limitados recursos disponibles para una oferta de servicios adecuada al nivel de complejidad

En relación con la oferta de servicios tanto en el primer nivel como en la atención especializada, los informantes de las cuatro redes destacan la existencia de servicios y programas acordes con sus niveles de complejidad, que facilitan el acceso. No obstante, los problemas de infraestructura, de disponibilidad de insumos y de recurso humano limitan la adecuada prestación de los servicios, especialmente en la atención especializada y en mayor medida en las redes subsidiadas.

En referencia a los servicios y programas disponibles en el I nivel, la mayoría de informantes de las cuatro redes indicaron que sus centros cuentan con los servicios de medicina general, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social, servicios diagnósticos y de farmacia, que les permiten garantizar la prestación de servicios básicos de salud, consulta externa y atención de urgencias de baja complejidad. En la red subsidiada de Bogotá, destacaron, además, la existencia de equipos básicos de salud que desarrollan el plan de intervenciones en la comunidad,que hace captación activa de personas vulnerables con necesidades en salud y les facilita la obtención de citas, mejorando así el acceso a la atención: *"Cada centro de salud tiene su grupo de Salud a su Casa, ellos manejan diferentes*

grupos [...], hay un médico, hay varios auxiliares que hacen terreno; terreno es hacer como un sondeo de todos esos barrios donde está la población, los desplazados, los indigentes, todas las personas más vulnerables, para traerlos acá y por lo mismo acceder a los servicios más fácilmente" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). Por su parte, en las redes contributivas, los informantes resaltaron la disponibilidad de servicios de medicina general, ginecología y pediatría como puerta de entrada al sistema, así como otros servicios (laboratorio clínico, pruebas diagnósticas, nutrición, atención domiciliaria, entre otros) tanto de I como de II nivel en las IPS ambulatorias, que favorecen el acceso a la atención y la reducción de los tiempos de espera para la atención: *"En los servicios está medicina general, tenemos toda el área de promoción y prevención, que consta de atención integral específica, que es de atención a crónicos; tenemos también el programa de crecimiento y desarrollo, tenemos el programa de control prenatal, salud de la mujer, que consta de planificación y citología cérvico-vaginal; [...] tenemos especialidades: ginecología, dermatología, gastroenterología, terapias respiratorias, físicas, vacunación, [...] también tenemos atención prioritaria, pediatría [...] ginecología"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Por el contrario, en relación con la oferta especializada ambulatoria y hospitalaria, emergen mayores limitaciones en las IPS públicas de las redes subsidiadas, ya que no cuentan con los servicios propios de su nivel de complejidad: *"En este momento, aquí en Soacha no tenemos un hospital que tenga todas las especialidades, necesitamos neurología, psiquiatría, es una cantidad de pacientes alarmante. Aquí tenemos psicología, pero solamente para atender pacientes de trastorno de comportamiento, no tenemos una psicología avanzada, no a un III nivel [...], hospitalización de psiquiatría no tenemos"* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S). Las redes contributivas, aunque cuentan con una mejor oferta de especialidades médicas y pruebas diagnósticas en sus IPS ambulatorias, coinciden con las redes subsidiadas en la limitada oferta de subespecialidades y atención hospitalaria.

En cuanto a la infraestructura, en el I nivel la mayoría de informantes de las redes subsidiadas y uno de las contributivas señalan limitaciones de espacio físico para la demanda que deben atender, principalmente de citas prioritarias, lo que genera incremento en los tiempos de espera para

la atención: *"No se dimensionó la cantidad de gente que viene, adicional a que solamente no están los de esta sede, sino que hay otras personas que les queda más cerca, entonces, se vienen acá en el tema de una cita prioritaria y la congestión es terrible"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C). En las redes subsidiadas, se señala déficit de centros en las zonas marginales de la localidad/municipio. En la atención especializada, los informantes de las IPS públicas de las redes subsidiadas indicaron la ausencia de centros de II nivel en Kennedy y de III nivel en Soacha, situación que obliga a contratar fuera del territorio.

La insuficiencia de insumos y medicamentos son comunes a las redes subsidiadas en todos los niveles de complejidad, mientras que el déficit en recursos tecnológicos lo comparten también con las redes hospitalarias externas de las redes contributivas, lo que, según los entrevistados, limita la capacidad de respuesta de los servicios y genera las remisiones a otras IPS, con el consecuente aumento de trámites y pérdidas de tiempo para el usuario: *"En nuestra institución es pésimo, porque la institución no los despacha, los despacha directamente el hospital local que nos lo remitió y la gran mayoría de pacientes que llega a esas instituciones no tienen, no les dan los medicamentos"* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). En todas las redes, se enunció el insuficiente número de camas hospitalarias, de urgencias y de unidades de cuidado intensivo (UCI), para poder proporcionar una respuesta oportuna a las necesidades de la población: *"Nosotros aquí carecemos de una buena cantidad de camas de UCI por número de habitantes, entonces, esos son obstáculos que van a hacer que ese acceso en el momento en que las personas lo requieran, pues se entorpezca y no fluya"* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Asimismo, los informantes de las cuatro redes indican problemas en cuanto a la disponibilidad de recurso humano para la atención. No obstante, señalaron diferencias en cuanto a las causas, por nivel de atención, tipo de red y área geográfica. En lo que compete al I nivel, las redes de Soacha enfrentan problemas para la contratación de profesionales de salud por los bajos incentivos económicos que ofrecen, mientras que, en las redes de Bogotá, se atribuye al incremento en la demanda, especialmente la inducida por los programas de captación, sin que se contrate recurso humano suficiente para cubrir su atención: *"La demanda supera la oferta. Entonces, por decir algo, si para el día hay 50 citas médicas, están*

llegando 100 o 120 personas a solicitar el servicio. Desde que conozco aquí el servicio, se ha incrementado la oferta. Pero, así como se ha incrementado la oferta, también se ha incrementado la demanda, debido a programas, por ejemplo, como Salud a su Casa, que constantemente se está haciendo inducción a la demanda. Entonces ese es otro factor que ha contribuido a que la demanda pues supere la oferta" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En la atención especializada, el problema se atribuye a fallas en las políticas de regulación en su formación, unido a los bajos incentivos económicos para trabajar en los hospitales públicos. El déficit de especialistas se traduce en aumento de tiempos de espera para la atención y vencimiento de remisiones, con el consecuente incremento de trámites de autorización para el usuario. Adicionalmente, en las instituciones hospitalarias en que este déficit se suple con médicos generales, lleva a un manejo inadecuado de los cuadros clínicos: *"Este es un hospital soportado sobre médicos generales, que no debería ser así tampoco, a pesar de que uno gana mucha experiencia estando en esta institución, y pues el programa de ellos es que el médico general sea el que esté ahí al ladito del paciente y el especialista sea como la persona que dé el aval de todas las conductas"* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Limitada accesibilidad geográfica, especialmente en la atención especializada

La accesibilidad geográfica a las IPS de I nivel en las cuatro redes es valorada positivamente por la mayoría de los informantes, bien por la ubicación de los centros de atención, o bien por las rutas de transporte, aunque en todas las redes se identificaron barreras para la población que reside en las zonas marginales del municipio/localidad. En contraste, se señalan barreras geográficas, gran distancia a la atención especializada, principalmente en los centros de III nivel de las cuatro redes, por la concentración de especialistas y centros en la zona norte de Bogotá, con el consiguiente gasto en transporte y tiempo. De manera particular, en las redes subsidiadas, se destacó la inexistencia de IPS públicas de II nivel en la localidad para el caso de Bogotá y de III nivel en el caso de Soacha.

En lo relacionado con las IPS de I nivel, la mayoría de los informantes de las cuatro redes considera que son accesibles porque se encuentran

ubicadas en zonas céntricas de sus áreas de residencia (municipio/localidad), a las que pueden acceder con transporte público y un bajo tiempo de desplazamientos: *"La sede de Kennedy queda en un sitio absolutamente central de la localidad, queda ahí sobre la avenida, que es supremamente grande, y me parece que es central. Lógico, Kennedy es muy grande, pero hay un servicio de alimentadores, y el hecho de que se cuente con TransMilenio, pues ayuda a la accesibilidad a la IPS"* (gerente aseguradora, Red 3-C). Además, la red subsidiada de Bogotá cuenta con un programa específico de transporte (Ruta Saludable, de la Secretaría Distrital de Salud) para el desplazamiento a los centros que integran la red de grupos específicos dentro del territorio (tercera edad, mujeres gestantes, población infantil y personas con discapacidad). No obstante, algunos informantes de las redes subsidiadas señalan que, para la población que reside en las zonas periféricas, los desplazamientos resultan más difíciles, dadas las inadecuadas condiciones de las vías de acceso y la existencia de menores rutas de transporte público: *"Soacha tiene más de 350 barrios, muchos de ellos subnormales, entonces, hay gente que vive en la periferia y es muy difícil el acceso, entonces esa gente tiene dificultades geográficas"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).

En cambio, en las cuatro redes se manifiestan problemas de accesibilidad geográfica, por larga distancia, para la atención especializada, derivados de la concentración de especialistas y redes hospitalarias al norte de la ciudad, y de la contratación con base en el menor valor tarifario, lo que incrementa los desplazamientos y, por lo tanto, los costos de transporte y los tiempos de desplazamiento, que, aunque afectan a los usuarios de las cuatro redes, son más críticos para quienes residen en Soacha: *"La red a veces sí ha tenido como la política de contratar a todos los especialistas hacia el norte; hacia el sur, usted no ve especialistas, me imagino porque no están los edificios adecuados o no están los especialistas trabajando hacia el sur. Todos trabajan hacia el norte [...], entonces, para uno que vive en Soacha, se torna en una dificultad por las distancias y los desplazamientos. Imagínese, una urgencia y uno en el sur, y se demora uno dos horas para ir hasta allá [...], entonces, grave"* (usuario, Red 4-C). Por su parte, en las redes subsidiadas se debe a la inexistencia de IPS públicas de II nivel en Kennedy y de III nivel en Soacha.

Tabla 4.2. Factores estructurales de los servicios de salud que influyen en el acceso

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Disponibilidad de servicios para la atención				
Infraestructura	IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada	IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada	IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada	
	Atención especializada Ausencia IPS III nivel en territorio	Atención especializada Ausencia IPS II nivel en territorio		
Disponibilidad de insumos y recursos para la atención	IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos	IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos		
	Atención especializada IPS públicas Déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos	Atención especializada IPS públicas Déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos	Atención especializada IPS externas Déficit de recursos tecnológicos y camas hospitalarias	Atención especializada IPS externas Déficit de recursos tecnológicos y camas hospitalarias
Disponibilidad de recurso humano	Déficit de profesionales en todos los niveles	Déficit de profesionales en todos los niveles	Déficit de especialistas en IPS externas	Déficit de especialistas en IPS externas
Accesibilidad geográfica				
Condiciones de transporte	IPS I nivel: dificultades de transporte en áreas marginales			IPS I nivel: dificultades de transporte en áreas marginales
Distancias y tiempos de desplazamiento	IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento	IPS II y III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento	IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento	IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento

Factores organizativos que influyen en el acceso

Los principales factores organizativos que se constituyen en barreras de acceso a los servicios de salud en las cuatro redes analizadas son la dificultad para obtener citas y los largos tiempos de espera para la atención, ambos más importantes en la atención especializada y, en menor medida, los horarios para la atención. Emergen como facilitadores del acceso los programas existentes que facilitan la programación de citas para grupos específicos. Se encuentran diferencias entre las redes, según régimen (tablas 4.3 y 4.8).

Dificultades en la obtención de citas

En las cuatro redes se utiliza como mecanismo principal la solicitud presencial de citas en todos los niveles de atención, seguida de la telefónica, que presentan diversas dificultades, especialmente en el caso de las redes subsidiadas, que aumentan los tiempos de espera y contribuyen a desincentivar el uso de los servicios. En las redes contributivas también se ofrece la posibilidad a través de internet, con algunas limitaciones en su implementación.

El mecanismo presencial, que es el más utilizado, evidencia mayores problemas en las redes subsidiadas, debido a que se entrega un número limitado de citas para el mismo día, se restringen los horarios para la solicitud de citas y el personal administrativo para atender a los usuarios resulta insuficiente, lo que ocasiona que los usuarios deban regresar en varias ocasiones hasta lograr la asignación de las citas. En cuanto a la solicitud telefónica, en las distintas redes se señalaron problemas de congestión de los call centers y, en el caso de las redes subsidiadas, además horarios restringidos e inadecuada comunicación e información por parte del operador. El conjunto de estas problemáticas genera pérdida de tiempo, incremento en los tiempos de espera para la atención médica y desincentiva el uso de los servicios: *"Allá la multitud de gente también es terrible. Uno tiene que madrugar; si está de buenas, la logra conseguir; si no, tiene que pasar días hasta lograr una cita"* (usuario, Red 2-S).

En las cuatro redes emergieron como facilitadores para la obtención de citas la pertenencia a programas especiales, como el de atención de crónicos, la estrategia de ruta saludable que realiza la solicitud de citas para grupos prioritarios en la red subsidiada de Bogotá y la programación

del control tras el alta hospitalaria por parte del médico familiar en la red contributiva de Soacha, estrategias que comportan una disminución de los trámites y de los tiempos de espera para la atención: *"A los pacientes crónicos, que vienen mensualmente, nosotros les programamos la cita, para que no estén viniendo cada rato"* (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 1-S). Finalmente, el uso del internet en las redes contributivas disminuye los trámites y desplazamientos para el usuario, pero reduce el acceso para quienes no cuentan o no saben hacer uso de esta tecnología: *"En ocasiones, la tecnología se convierte en una barrera para los pacientes, no todos tienen computador, no todos tienen internet, no todos saben cómo manejar un medio en una página web"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Tiempos de espera prolongados para recibir atención

En las redes analizadas, los prolongados tiempos de espera hasta recibir atención son una problemática común para todos los niveles de atención, con predominio en el ámbito especializado y en las redes subsidiadas. Como principal causa, se destaca el déficit de recurso humano para atender la demanda. Solo algunos informantes de la Red 4-C enuncian disminución en los tiempos de espera para las especialidades básicas ofertadas en la IPS ambulatoria.

Para el I nivel de atención, se encuentran diferencias entre las redes subsidiadas y contributivas. En el primer caso, profesionales de la salud y usuarios consideran largos los tiempos para ser atendidos, y lo atribuyen al déficit de recurso humano, debido al incremento en la demanda de los servicios: *"El problema son los tiempos de espera para las consultas; pienso que la principal falla que hay es la respuesta a la consulta, lo cual es muy difícil, porque es una población muy alta y tendría uno que tener muchísimos médicos para atender toda la gente que viene"* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). En contraste, usuarios y personal administrativo de las redes contributivas señalan una buena oportunidad de la atención que atribuyen a la asignación de citas prioritarias con medicina general: *"Por lo menos cuando hay citas prioritarias sí, si uno madruga se la dan para ahí mismo por la mañana, pero, si llega tarde, pues obviamente se la dan para después del medio día"* (usuario, Red 4-C) y, en el caso de la Red 4-C, a la disponibilidad de agendas de los médicos de familia.

Para la atención especializada, los informantes de las cuatro redes señalan tiempos de espera prolongados para la consulta, que atribuyen al déficit de recurso humano y a la limitada disponibilidad horaria de los profesionales que prestan sus servicios en distintas instituciones, lo que genera congestión en las agendas para la atención, situación que visualizan en mayor medida en las IPS públicas de las redes subsidiadas: *"La paciente que sale con una remisión para otorrino sale para el hospital de -III nivel, ahí le empieza la tortura, porque dura hasta un mes, mes y medio. ¿Qué pasa? Las remisiones que se dan aquí en el hospital tienen una vigencia más o menos de 30 días [...], resulta que el paciente comienza su viacrucis: no hay agenda, vuelva la siguiente semana. El paciente regresa la siguiente semana, no han abierto agenda, regresa en quince días, se le vence la remisión, entonces [...], muchos motivos de consulta no son ni siquiera por motivos de salud, sino [...] 'Doctor, que me cambie la remisión porque se me venció y no logré la cita'"* (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Como consecuencia, los distintos actores identifican el vencimiento de autorizaciones, la dificultad para la realización de pruebas diagnósticas o la valoración por los especialistas, lo que les impide contar con un diagnóstico y un adecuado manejo de la enfermedad: *"Hay hospitales con citas donde ya tienen copado este año, eso genera pues una restricción, porque, si el usuario no puede acceder a una cita, si usted tiene que esperar un año, eso genera mucha restricción, el usuario tiene dos opciones, o esperar o pagar. Hay muchos usuarios del subsidiado que no pueden pagar y el hecho de esperar hace que avancen sus enfermedades sin siquiera contar con un diagnóstico clínico y sin tener el acceso a un manejo claro de su patología"* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En las redes contributivas se describen dificultades debidas a los tiempos de espera para la atención con especialidades y subespecialidades que no son ofertadas en sus IPS ambulatorias: *"Eso es bien complicado, y, por ejemplo, lo tenemos con los casos que tenemos represados de neurología pediátrica hace varios meses, donde el mismo gerente de la IPS me dice: 'Es que no me he podido comunicar con la doctora que atiende esas consultas, vea que yo la llamo al celular y no me contesta, le mando un correo y no me*

responde'. Digo, si al gerente no le responde, ¿a quién le va a responder? Entonces, uno llama a la EPS y dice por favor, entonces ellos dicen sí, les vamos a intentar hacer la gestión y se demoran 8 y 15 días para traer una razón de la persona [...], es bien complicado, eso sí es bien, bien difícil" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Solo en el caso de la Red 4-C, el gerente y el personal administrativo de la IPS ambulatoria destacaron que en su institución se ha establecido un sistema de priorización por diagnósticos o grupos etarios, que ha permitido la disminución en los tiempos de espera para las especialidades básicas que ofertan, lo que desde su perspectiva descongestiona los servicios y da respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios: *"Tenemos un sistema de priorización de la consulta, entonces tenemos ahí unas tablas por diagnóstico, por edades, por una cantidad de cosas, y ahí se prioriza la consulta [...]; para las especialidades básicas, damos oportunidad de ocho días, que eso es una oportunidad muy buena"* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Horarios de atención

En las cuatro redes, la mayoría de los informantes encuentra adecuados los horarios de atención, tanto en las IPS de I nivel como en las IPS de atención especializada. Solo algunos informantes de las redes subsidiadas señalan la restricción en horarios de atención de algunos centros de I nivel en horas de la tarde, noche y fines de semana, que afecta a la población trabajadora y a quienes residen en zonas marginales, especialmente en Soacha.

Aunque las franjas horarias varían entre una y otra institución, la mayoría de informantes de las cuatro redes considera adecuados los horarios para la atención proporcionados por las IPS de I nivel, lo que les permite cubrir la demanda de servicios: *"El médico de familia esta acá ocho horas en el día, hay algunos días en que entra a las 7 de la mañana y sale a las 4 de la tarde [...], otros días entra a las 11 de la mañana y sale a las 8 de la noche. O sea, hay como buen acceso para que los pacientes puedan venir"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). No obstante, los profesionales de salud, gerentes y usuarios de las IPS de I nivel de las redes subsidiadas indican que en algunos centros el horario de funcionamiento se restringe por la inseguridad de la zona o insuficiencia de recurso humano, situación que resulta más crítica en

el municipio de Soacha: *"Tenemos problemas frente a los horarios porque igual generalmente funcionamos en horarios diurnos muy limitados [...], ahí hemos ido acomodando, entonces, sí hay una barrera, [...] hay horarios muy rígidos, que los tenemos en este momento estructurados"* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Esta restricción lleva a que la población trabajadora informal no pueda acceder, ya que los horarios establecidos para la atención coinciden con las actividades económicas que desarrollan. En relación con los horarios de las IPS especializadas del ámbito hospitalario, los informantes de las cuatro redes valoran positivamente la posibilidad

Tabla 4.3. Factores organizativos de los servicios que influyen en el acceso a la atención

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Procedimientos para la obtención de citas				
Mecanismo presencial	Horarios restringidos para asignación de citas Cupos limitados Filas y congestión	Horarios restringidos para asignación de citas Cupos limitados Filas y congestión	Filas y congestión	
Mecanismo telefónico	Congestión línea telefónica Horarios restringidos Inadecuada información de los operadores	Congestión línea telefónica Horarios restringidos Inadecuada información de los operadores	Congestión línea telefónica	Congestión línea telefónica
Mecanismo virtual			Problemas de accesibilidad a internet	Problemas de accesibilidad a internet
Tiempos de espera para la atención				
I nivel/atención ambulatoria	Prolongados	Prolongados		
Atención especializada	Prolongados	Prolongados	Prolongados IPS externas	Prolongados IPS externas
Horarios de atención				
I nivel / atención ambulatoria	Restricción de horarios en centros de barrios marginales	Restricción de horarios en centros de barrios marginales		

de contar con los servicios de urgencias las 24 horas y con la atención por consulta externa en un promedio de 8 horas diarias: *"Nosotros tenemos ofertados en el servicio de urgencias sus 24 horas la mayor parte de especialidades, entonces, no habría ningún problema; en el servicio de consulta externa, tenemos los servicios ofertados de acuerdo a las necesidades de los usuarios y a los servicios contratados, entonces el horario es todo el día hábil. [...] el horario en término general es un horario accesible para todos los usuarios"* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).

Factores relacionados con la población

La falta de recursos económicos de la población es señalada como la principal barrera para acceder a los servicios de salud en las cuatro redes. Aunque en las contributivas el bajo nivel de ingreso emerge con menor intensidad, en el discurso de los informantes aparecen otras limitantes, como la dificultad para la obtención de permisos laborales. Finalmente, se resalta el limitado conocimiento del sistema y de sus derechos, más frecuente en los afiliados de las redes subsidiadas (tablas 4.4 y 4.9).

Un nivel socioeconómico bajo

La mayoría de los entrevistados de las redes tanto subsidiadas como contributivas identifican el bajo nivel de ingresos de la población residente en las áreas de estudio como una de las principales causas de la dificultad para acceder a los servicios de salud.

En el caso de los afiliados a las redes subsidiadas, las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica asociadas a la dificultad para la generación de ingresos imponen restricciones en la utilización de los servicios de salud, principalmente en el ámbito especializado, por no poder asumir los costos de los desplazamientos, el valor de los copagos y cuotas moderadoras, la compra de medicamentos o la realización de procedimientos diagnósticos que no les son cubiertos por las aseguradoras, lo que les impide dar continuidad a los tratamientos y conduce en muchos casos a complicaciones en sus cuadros clínicos: *"Yo he perdido varias consultas con psiquiatría [...], eso me estanca y entonces yo entro en retroceso, no avanzo y me perjudico más y mi salud se deteriora más [...]. Ese médico me dice: 'Pero ¿cómo te vas a alentar si no sigues el tratamiento, si no vienes*

a las consultas?'. Le digo: 'Doctor, pero es que hay veces si tengo para una cosa no tengo para otra" (usuario, Red 2-S).

También en las redes contributivas una parte de los informantes indica que sus afiliados, aunque son población trabajadora, tienen un bajo nivel de cualificación o se encuentran vinculados a la economía informal, lo que hace que sus ingresos sean reducidos y tengan dificultades para cubrir sus gastos en salud: *"Tenemos una población estrato 1, 2 [...], que tienen poco acceso a pesar de estar afiliados y que tienen algún tipo de ingreso [...], pero no tienen plata para los pasajes o, si tienen plata para la consulta, de pronto no tienen plata para pagar la cuota del medicamento"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). De igual manera, señalan que esta población presenta restricciones para la obtención de permisos laborales, lo que interfiere con la solicitud y el cumplimiento de citas, limitando el uso de los servicios de salud.

Limitado conocimiento del sistema de salud y derechos de los afiliados

La mayoría de actores de las redes subsidiadas considera que predomina en los usuarios el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos, lo que les limita la utilización de los servicios, a diferencia de lo que ocurre con los afiliados de las redes contributivas. Diversos informantes de las redes subsidiadas indican que la información que les proporcionan las aseguradoras y los prestadores en relación con las rutas para acceder a los servicios es escasa, en tanto que otros destacan que el bajo nivel educativo de esta población se constituye en una limitante frente a la exigibilidad de sus derechos: *"A la gente le falta conocimiento, tanto de deberes como de derechos, [...] eso le permitiría a la gente en un momento dado tener un mejor servicio, porque exige [...]. Lamentablemente la gente que está afiliada en el régimen subsidiado es muy vulnerable [...], hay gente que no sabe ni leer"* (gerente aseguradora, Red 2-S). En cambio, en las redes contributivas, el personal administrativo y de salud de las EPS e IPS consideran que, al tratarse de una población con un nivel educativo más elevado, tienen un mayor conocimiento del sistema y de sus derechos y son más exigentes en cuanto a la calidad de la atención recibida: *"Los usuarios tienen otro estrato sociocultural y son más*

exigentes, y a veces está todo dentro de los promedios normales y de todas maneras son exigentes, exigen porque tienen más información y porque ya están acostumbrados a cosas mucho más rápidas" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Tabla 4.4. Factores que influyen en el acceso a la atención relacionados con la población

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Nivel socioeconómico	Dificultades para la generación de ingresos	Dificultades para la generación de ingresos	Bajo nivel de ingresos	Bajo nivel de ingresos
				Dificultad para obtener permisos laborales
Conocimiento del sistema y derechos de los afiliados	Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos	Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos	Mayor conocimiento del sistema y de sus derechos	Mayor conocimiento del sistema y de sus derechos

Conclusiones

A pesar de que la reforma de salud justificó la importancia de la adopción del modelo de competencia gestionada como estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud en Colombia, los resultados indican la persistencia de un amplio número de barreras en el acceso a la atención, que limitan en mayor medida el acceso a la atención especializada y, principalmente, a la población afiliada a las redes subsidiadas, también población de menores recursos.

En relación con las barreras inherentes al sistema de salud adoptado, los distintos informantes destacan aquellas vinculadas con la implementación del modelo de competencia gestionada y con las fallas en las políticas de aseguramiento. En relación con el primero, la búsqueda de rendimientos económicos por parte de aseguradoras (EPS) y prestadores (IPS) privados y de la sostenibilidad financiera, principalmente de los prestadores (IPS) públicos, ha llevado al establecimiento de numerosos mecanismos de control de la atención y con ello a la generación de barreras para el acceso a los servicios. En segundo lugar, el diseño de las políticas de aseguramiento también genera límites en el acceso a la atención como consecuencia de la restricción en la cobertura del plan de beneficios, es-

pecialmente para la población más pobre y vulnerable, de la introducción de copagos y cuotas moderadoras, que, si bien fueron creados como un mecanismo para contribuir a la financiación del sistema, se constituyen en un factor que desincentiva la búsqueda de la atención; y, finalmente, por el establecimiento de mecanismos de afiliación poco efectivos caracterizados por el exceso de trámites y por las fallas en la identificación de la población que debería ser beneficiaria de los subsidios sociales.

Aunque el acceso a la atención al I nivel se considera más fácil, emerge una serie de barreras al acceso, especialmente las barreras estructurales de los prestadores públicos pertenecientes a las redes subsidiadas —insuficiente infraestructura, insumos y recurso humano para la atención—, que se atribuye a la insuficiente financiación, que depende en gran medida de la capacidad de obtener contratos con las aseguradoras. Como elementos que favorecen el acceso, se destaca la implementación de programas especiales para colectivos vulnerables en las distintas redes y la existencia de especialidades básicas en las IPS ambulatorias de las redes contributivas.

El acceso a la atención especializada se ve limitado por la implementación de mecanismos de control de la atención por parte de las aseguradoras (EPS), en donde se destaca la existencia de trámites para la autorización de prestaciones POS y no POS, y la compra fragmentada de servicios. Esta problemática se potencia con los déficits estructurales de los prestadores, principalmente con la insuficiencia de recurso humano y las barreras de accesibilidad geográfica, que contribuyen al incremento de los tiempos de espera para la atención y retardan el inicio del tratamiento, aspectos que, aunque son comunes en todas las redes analizadas, tienen un mayor impacto en las redes subsidiadas.

Por último, las barreras anteriores se retroalimentan, por las precarias condiciones económicas de los usuarios y sus familias, que afectan de manera primordial a la población más vulnerable, a trabajadores informales o a trabajadores afiliados al régimen contributivo que devengan bajos ingresos, quienes con frecuencia presentan dificultades para asumir el valor de los copagos y cuotas moderadoras, los gastos de desplazamiento, así como la compra de medicamentos en aquellos casos en que no son cubiertos por las aseguradoras (EPS), lo que les impide el acceso adecuado a la atención.

Tabla 4.5. Ejemplos de citas sobre dificultades en el acceso relacionadas con el modelo de competencia gestionada

Papel de intermediación otorgado a las aseguradoras (EPS)	
Introducción de estrategias de control de la atención	"Es muy clara la diferencia cuando tú ves el comportamiento de una empresa privada frente a una pública, a un ente territorial [...], eso responde a una serie de políticas de contención de gastos y a una serie de lineamientos que establecen ellos con el ánimo de que todo salga de acuerdo al margen de rentabilidad que les permita continuar en el mercado, así sea en contra de los usuarios" (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Compra de servicios a proveedores que privilegian la maximización de beneficios	"El sistema está manejado por las empresas promotoras de salud, entonces a ellos no les interesa si el paciente está bien atendido, de una forma integral, sino que aquí es más económico esto y en la otra no, porque todo gira en torno a la economía" (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).
Competencia entre prestadores de servicios	
Competencia entre proveedores públicos y privados	"Yo como hospital y como empresa quiero facturar, si tengo un represamiento y estoy colgado es porque no tengo la estructura para atender, pero, si los hospitales partieran de que no tuvieran déficit en infraestructura, en tecnología, personal [...], sería más fácil que pudieran competir con los privados" (gerente aseguradora, Red 1-S).
Competencia entre proveedores propios y externos de la red	"Entrar a competir con IPS que son propias de las aseguradoras es difícil. Se puede presentar una selección dirigida de parte de las aseguradoras [...] a mis IPS, las patologías que nos convengan en términos de eficiencia y en términos de costos; y a las IPS que no hacen parte de mi red pero con las que tengo una relación comercial, llevo lo menos atractivo en términos de complejidad de atención y en términos de beneficios económicos" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

Tabla 4.6. Ejemplos de citas sobre dificultades en el acceso relacionadas con las políticas de aseguramiento

Cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS)	
Diferencias en el plan de beneficios por tipo de régimen	"Dentro del subsidiado, hay subsidios plenos o totales y subsidios parciales, el parcial todavía está mucho más limitado comparativamente con el plan de beneficios del régimen contributivo, las barreras de acceso son mayores" (gerente aseguradora, Red 1-S).
Asignación de la atención cubierta por el POS a determinados niveles asistenciales	"En un diabético que puede estar bien controlado, que puede tener una hemoglobina glicosilada normal, puede tener una microalbuminuria negativa, que puedo hacerle todo el proceso y seguir en I nivel, ¡No, tiene que ir al internista a que le hagan todo el proceso! Entonces, ese tipo de laboratorios, cuando no son con el *Mapipos* y son de otro nivel [...], muertos" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Continúa

Exclusión de prestaciones del POS	"Hay ciertas cosas que no están dentro del POS, entonces el usuario tiene que ir a comprarlos, hay medicamentos que no les autorizan, hay medios de contraste que de pronto se obstaculizan" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 3-C).
Diseño segmentado del aseguramiento	
Existencia de dos entes responsables de garantizar la atención	"Cuando lo ve un especialista y se devuelve a su IPS y le dicen: 'No, ese servicio es no POS, vaya a tal parte', entonces empieza el paciente a caminar de un lado para el otro: 'Vaya a la Secretaría, vaya al hospital, regrésese a la EPS" (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).
Existencia de copagos y cuotas moderadoras	
Copagos no asequibles para población de bajos recursos	"Hay pacientes que desafortunadamente tienen un nivel de ingresos muy bajo y para ellos una cuota moderadora, un copago, es imposible de alcanzar y eso tiene limitación" (profesional de salud IPS III nivel de atención/ especializada, Red 1-S).
Dificultades en la afiliación a una aseguradora (EPS)	
Problemas durante el proceso de afiliación	
Restricción de recursos para ampliación de cobertura del régimen subsidiado	"El municipio tiene 100 cupos [...], yo vengo y afilio y ya cuando yo completo mis cupos, así ya vengan más usuarios que se quieran afiliar, no puedo, porque ya no tengo cupos" (profesional administrativo aseguradora, Red 1-S).
Errores en la identificación de beneficiarios del régimen subsidiado	"No se afilian al contributivo porque no quieren, tienen forma y sabemos que elude un porcentaje importante el tema de contribución en este país [...], eso dificulta que la gente que de verdad lo necesita no se pueda afiliar" (gerente aseguradora, Red 2-S).
Problemas tras el proceso de afiliación	
Inexistencia de una base datos depurada en el régimen subsidiado a nivel gubernamental	"Son múltiples mecanismos de multiafiliación, lo que limita también el acceso a los servicios de salud, o sea, el usuario al momento de la verificación de derechos será suspendido porque está entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo hasta que cualquiera de esas dos entidades no se pronuncie. El usuario no puede subsanar su problema de salud y depende básicamente del trámite administrativo de las aseguradoras" (gerente aseguradora, Red 1-S).
Falta de continuidad de afiliación en el régimen contributivo	"Tenemos casos de multiafiliación, hay casos de pacientes que se desafilian teniendo enfermedades catastróficas y tienen problemas porque el paciente que perdió su capacidad de cotización es atendido en principio como vinculado" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Tabla 4.7. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con las aseguradoras (EPS)

Introducción de mecanismos de control de la atención	
Autorización de servicios	"Una materna que la tiene que ver el ginecólogo, el obstetra [...] la EPS-S nunca le va a negar ese servicio [...]. ¿Por qué tienen que tardar un mes en autorizarlo? No tiene razón de ser que demoren un mes para que le autoricen a una materna que es de alto riesgo para que la vea el obstetra, cuando estamos tratando de disminuir la mortalidad materna y perinatal en el municipio" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S).
Mecanismos de pago capitativo en el I nivel	"Lo que pasa es que eso también depende de la contratación, entonces, esto es un modelo capitado, entonces la EPS dice: 'Bueno, yo le voy a dar a usted 10 mil usuarios, y yo por mis estudios y por mi experiencia y demás, yo calculo que usted por los 10 mil usuarios yo le voy a dar cien pesos, para que usted me atienda 10 mil usuarios, entonces, se ponen de acuerdo, ¿entonces los cien pesos que incluye?, me tiene que atender esto, esto, esto, entonces hay algunas cosas que están dentro de la cápita, entonces todo lo que se presta acá es porque está dentro de la cápita, o algunos servicios que se prestan por fuera, pero los autorizamos nosotros directamente, eso está dentro de la cápita; eso con los cien pesos que la EPS me dio yo tengo que cubrir todo eso; [...] la EPS le entrega su platica, le doy sus cien pesitos y usted con sus cien pesos me va a cubrir esta parte, todo esto es suyo, punto. Ya si algo se me sale de acá, me lo pasan a mí y yo lo pago de mi bolsillo, eso ya es una cosa aparte; entonces, dependiendo del servicio si esta acá o está allá, si es de la IPS, o está o no está capitado, sino que es de la EPS responsabilidad neta, entonces se le hace el direccionamiento, ya pues por el contrato que ha hecho el gerente de la IPS con la EPS, es por eso que él es quien determina y especifica qué es lo que se le puede ofrecer al paciente" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Límites en la prestación de servicios	"A nivel profesional es una barrera terrible, porque usted puede tener todas las pilas puestas para estudiar a un paciente con una racionalidad muy técnica y muy científica, pero usted no tiene cómo. Porque usted tiene, por ejemplo, diez radiografías convencionales, le llegó su onceavo paciente, le toca diferirlo para el mes siguiente" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Compra de servicios a proveedores fragmentada y fuera del territorio	
Contratación fragmentada	"El problema es complicado [...], por eso, se dejó la contratación para que la vayamos moldeando de acuerdo a las necesidades del modelo, lo mismo la red. Por ejemplo, con el tema de cáncer, no hay una institución que te haga todo el manejo integral, entonces, eso lleva a la dispersión" (gerente aseguradora, Red 3-C).
Compra de servicios fuera del ámbito geográfico	"Para cualquier cosa lo mandan al otro lado de la ciudad, las ecografías las mandan a la Clínica de Chapinero, entonces tiene que pegarse el paseíto hasta Chapinero y desde acá es complicado; entonces muchas veces desertan y no se toman los exámenes porque no les dan permiso o porque les queda muy lejos del trabajo; de igual manera, para ellos gastarse uno, dos, tres transportes y eso pesa mucho" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Duración de los contratos y cambio de IPS contratadas	"Pero, si cambia la red y no nos avisan, pues uno sigue dando el mismo direccionamiento al paciente. ¿Cuándo descubrimos que definitivamente no es así? Cuando el paciente se devuelve diciendo no me atendieron porque dicen que no tienen convenio. Se llama a la EPS y sí, evidentemente el convenio con esa clínica ya se acabó, pero no nos habían avisado" (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Tabla 4.8. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con los prestadores de servicios

Factores estructurales que influyen en el acceso	
Recursos disponibles para una oferta de servicios adecuada al nivel de complejidad	
Infraestructura	"Las instalaciones físicas, la infraestructura de atención, ahí tenemos limitaciones de equipos, de recursos, que padecemos como IPS pública, pero que deberían ser subsanadas para mejorar la calidad de la atención" (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).
Disponibilidad de insumos y recursos para la atención	"Allá tienen servicio de rayos X, es un poco complicado porque muchas veces se dañó el equipo, tienen que esperar a que lo arreglen, mucho tiempo, un mes, dos meses, entonces, no tienen como la facilidad de resolver sus problemas rápidamente para ayudar al usuario, sino tiene que esperar" (usuario, Red 1-S). "Fabuloso que tuviéramos un resonador, se necesita mucho y no tenemos, nos toca recurrir a la red externa" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).
Disponibilidad de recurso humano	"Nosotros tenemos muy pocas subespecialidades aquí, pero por fuera creo que hay un otorrino y un ortopedista; cuando se necesitan subespecialidades, el paciente tiene que desplazarse al norte" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Accesibilidad geográfica	
Condiciones de transporte	"Hay gente que incluso para venir a un servicio de una consulta debe madrugar desde Cazucá, mire desde semejante área geográfica tan lejos, y no siempre consiguen transporte, eso los obliga a venirse desde las 4 o 5 de la mañana para venir aquí a que le atiendan a las 7 de la mañana" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S).
Distancias y tiempos de desplazamiento	"Hablando de la población de Soacha, acá no sería el sitio más cercano o accesible para ellos, porque puede que el paciente lo recibamos, acá se atiende, pero a la familia le va a quedar difícil desplazarse hasta acá, eso le significa atravesarse toda la ciudad" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).
Factores organizativos	
Dificultades en la obtención de citas	"He perdido tres citas. Me dan autorización para sacar cita con el ginecólogo y es imposible comunicarse para sacar la cita; cuando voy a mirar, tengo que volver a donde la doctora para que me la vuelva hacer porque está vencida" (usuario, Red 4-C).
Tiempos de espera prolongados para recibir atención	"Uno los remite a un especialista [...], hay casos en el que el paciente necesita un tratamiento y el paciente pide una cita y le sale para tres meses, entonces, digamos que son tres meses que el paciente queda en el aire; la salud del paciente puede estar en riesgo en espera de aquella cita" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Horarios de atención	"Influyen cuando el usuario tiene un tipo de trabajo y se cruzan con los horarios de los servicios. Entonces, cuando llegan acá, ya no hay fichas, ya se acabaron las citas. Eso dificulta aún más el acceso a los servicios" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Tabla 4.9. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con la población

Nivel socioeconómico bajo	"Hay pacientes que desafortunadamente tienen un nivel de ingresos muy bajo y para ellos incluso una cuota moderadora, un copago, es imposible de alcanzar y eso tiene limitación" (profesional de salud ips III nivel de atención/especializada, Red 1-S).
Limitado conocimiento del sistema de salud y derechos de los afiliados	"Ellos no conocen el derecho que tienen a acceder a una buena red de servicios" (gerente ips I nivel de atención, Red 2-S).

Capítulo 5
La coordinación asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores principales

Heisel Gloria León Arce, Amparo Susana Mogollón-Pérez
e Ingrid Vargas Lorenzo

El objetivo de este capítulo es analizar la coordinación asistencial en las redes estudiadas desde el punto de vista de los actores sociales involucrados: gerentes de aseguradoras y prestadores, profesionales de la salud y profesionales administrativos. Para ello, se analizaron cuatro redes: dos en el municipio de Soacha (departamento de Cundinamarca) —redes 1-S y 4-C— y dos en la localidad de Kennedy (Bogotá, D.C.) —redes 2-S y 3-C—, que proporcionan atención a los regímenes subsidiado y contributivo en cada área, respectivamente. Los resultados aquí presentados se generaron mediante el estudio cualitativo, basado en entrevistas individuales semiestructuradas a los distintos grupos de informantes. La descripción pormenorizada de los métodos de colecta y análisis se encuentra en el capítulo 2.

Los resultados están organizados en tres apartados. El primero aborda la opinión general sobre la coordinación asistencial en las cuatro redes analizadas. En el segundo, se identifican los factores que influyen en la configuración de redes y en la coordinación asistencial desde el punto de vista de los actores. Finalmente, en el tercero, se analiza el conocimiento de los mecanismos de coordinación existentes en la red y las opiniones

sobre su uso. Se señalan, cuando emergen, las diferencias entre redes, régimen de afiliación, ámbito geográfico y grupo de informantes.

Opinión general y factores que influyen en la coordinación asistencial

Opinión general sobre coordinación asistencial

La mayoría de los entrevistados reconoce que la coordinación entre niveles asistenciales en las redes analizadas es inexistente, excepto en el interior de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y con algunos especialistas adscritos. En estas redes, los problemas de coordinación se sitúan sobre todo en el nivel especializado (hospitalario). Algunos informantes opinan que la falta de coordinación es un problema general en el sistema de salud colombiano, no solo de las redes analizadas: "*Es una de las debilidades grandes del sistema, la coordinación asistencial [...], hay muchas fallas de articulación entre niveles*" (gerente aseguradora, Red 2-S).

Los informantes utilizan distintas expresiones para hacer referencia a la falta de coordinación entre niveles: "No existe articulación", "No hay comunicación", "No se comparte información", "Cada nivel trabaja por su lado", "No hay integración o enlace", "Hay desagregación de los servicios". La mayoría de las opiniones se refiere a dificultades en la coordinación de información de los pacientes, falta de comunicación y desconocimiento entre los profesionales e instituciones de los diferentes niveles de atención. En menor proporción, emergen problemas relacionados con la coordinación del acceso entre niveles (coordinación administrativa) y la coordinación de la atención del paciente a lo largo de la red por parte del médico del primer nivel (coordinación de la gestión clínica), especialmente en las redes subsidiadas: "*Lamentablemente, en ese primer nivel se deberían resolver muchas cosas, pero no ocurre así [...], desafortunadamente los médicos generales no han entendido la importancia del tema y se han convertido en remitidores de usuarios*" (gerente aseguradora, Red 2-S) (tabla 5.4).

Factores que influyen en la configuración de las redes

En los discursos de los prestadores de servicios emergen con fuerza características del sistema de salud colombiano que conducen a que los distintos actores de las redes —aseguradoras y prestadores— tengan

intereses opuestos a la conformación de redes integradas de servicios de salud. Además, en las redes subsidiadas, los entrevistados tanto de prestadores como de aseguradoras destacaron la fragmentación del POS subsidiado. Por último, se señala la debilidad del ente rector en relación con la formulación de estándares clínicos nacionales y el control de los existentes (tabla 5-1 y 5.5).

La mayoría de informantes de los prestadores públicos de las redes subsidiadas y de los prestadores de las IPS especializadas en las contributivas señaló que el modelo de competencia gestionada implantado propicia que las EPS organicen redes caracterizadas por una elevada fragmentación con múltiples prestadores —principalmente en la atención especializada— e inestabilidad por el cambio frecuente de prestadores contratados, contexto en el que resulta muy difícil la coordinación asistencial y, en particular, la transferencia de información clínica entre niveles asistenciales: "*A los pacientes les cambian mucho los servicios. Entonces, la paciente tiene una cirugía y le cambiaron el hospital. Esa historia ya no se la mandan al otro hospital [...] y ahí quedó perdido. Se pierde la coordinación entre prestadores*" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). Los gerentes de las redes del régimen subsidiado añaden que los esfuerzos de coordinación de las redes por parte de las aseguradoras son escasos y basados casi exclusivamente en el contrato, en el que únicamente establecen la actividad que deben realizar los prestadores y con el que guían la referencia de los pacientes entre los niveles asistenciales: "*No hay una reunión de prestadores para que de una manera u otra se articulen [...], entonces, no hay una coordinación real, simplemente es algo contractual en el que le dicen: 'Vea, usted va a hacer esto, y para mis pacientes que tengan estos diagnósticos tienen que ir a mi sede*" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En opinión de gerentes de IPS públicas principalmente (redes 1-S y 2-S), la causa de la configuración de este tipo de redes se relaciona con la búsqueda de rentabilidad económica de las aseguradoras, que incentiva los contratos a corto plazo y la compra fragmentada para conseguir las tarifas más bajas del mercado. De igual manera, consideran que el establecimiento de un modelo de competencia lleva a que los prestadores de servicios rivalicen por la obtención de contratos, en lugar de colaborar entre sí para mejorar la prestación de los servicios: "*El modo de contratación*

estimula la apertura de esa serie de ofertas y la competencia entre los mismos actores de la red [...], la forma de contratación estimula ese grado de competencia y rompe las redes [...], entonces, ese grado de competencia a que se está llegando en el sistema de salud lo que ha generado es aumento de los costos de todo el sistema y disminución de la calidad de la atención" (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Otro factor, que aumenta aún más la fragmentación de la atención en prestadores del régimen subsidiado, es la distinción entre eventos POS y no POS, que supone la existencia de dos tipos de redes diferentes para la atención de un mismo proceso asistencial: la red de la EPS-S (servicios POS-S) y de la Secretaría de Salud (servicios no POS). Los entrevistados destacan especialmente las deficiencias en la coordinación de la referencia de los pacientes entre las mencionadas redes por la inexistencia de acuerdos entre aseguradoras y Secretaría de Salud, y los trámites burocráticos que generan las autorizaciones para el traslado de los pacientes: "*Un mismo paciente que requiere dos aseguradores entre comillas diferentes, por la diferencia de POS, [...] genera más trabas administrativas [...], porque la Secretaría de Salud tiene unas directrices, nosotros como EPS tenemos otras, pero nunca hemos llegado a decir: 'Si el usuario viene a esto, yo le voy a hacer esto, pero, de igual forma, usted indíqueme que va a seguir con el usuario'. No, cada uno maneja su seguimiento de manera independiente*" (gerente aseguradora, Red 1-S).

Finalmente, un grupo de informantes reconoce que los procesos de coordinación asistencial de las redes se ven afectados por la debilidad del ente rector en el cumplimiento de sus funciones; problemática que se visualiza en la ausencia de estándares clínicos nacionales y de sistemas únicos de información, la falta de voluntad política para implementar los mecanismos de coordinación establecidos por la norma y la inexistencia de una política que refuerce el rol del I nivel de atención como coordinador del paciente en las redes: "*El fortalecimiento de la rectoría es una primera cosa [...], en la medida en que se mejoren los sistemas de información y podamos tener mayor capacidad de seguimiento de los usuarios [...], no solamente atender y llenar papeles*" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S); *"Falta que las normas homogenicen en cierta forma la atención de acuerdo con los niveles para que haya una unidad de criterio en las diferentes patologías,*

poner de acuerdo a todo el sistema no ha sido fácil" (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Tabla 5.1. Síntesis de los factores que influyen en la configuración de las redes

Subsidiadas		Contributivas	
Red 1-S	**Red 2-S**	**Red 3-C**	**Red 4-C**
Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada	Implementación del modelo de competencia gestionada
Búsqueda de rentabilidad económica	Búsqueda de rentabilidad económica		
Fragmentación de la atención por prestaciones (POS y no POS)	Fragmentación de la atención por prestaciones (POS y no POS)		
Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema	Debilidad del ente rector en el control y vigilancia del sistema

Factores que influyen en la coordinación de las redes de servicios

En los discursos tanto de profesionales como de gerentes de la mayoría de redes analizadas, emergen con fuerza varios factores de las redes que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales: en primer lugar, destacan los de tipo organizativo, como las condiciones laborales de los profesionales, los mecanismos de pago a los prestadores, la falta de tiempo para usar los mecanismos de coordinación asistencial y la integración de la atención de I nivel y especializada en el mismo centro (IPS ambulatorias de las redes contributivas); en segundo lugar, los relacionados con los valores y las actitudes de los especialistas hacia la colaboración con la atención del I nivel; y en menor medida, los referentes a la formación académica de los profesionales de salud. Todos estos factores inciden en la capacidad y medios de los profesionales para coordinarse con otros niveles asistenciales —tiempo, mecanismos, conocimiento mutuo—, y con su predisposición e interés en ello (tablas 5.2 y 5.6).

Condiciones laborales de los profesionales

Los informantes, especialmente los profesionales de salud, señalan dos tipos de modelos de contratación laboral empleados por los prestadores con

consecuencias opuestas para la coordinación asistencial: la contratación por prestación de servicios, de uso creciente en los prestadores públicos de las redes subsidiadas y en las IPS especializadas de las EPS contributivas, y el contrato a término indefinido aún existente en las IPS públicas ('trabajadores de planta') y en la red propia de las redes contributivas analizadas.

Los entrevistados opinan que la contratación por prestación de servicios a través de cooperativas supone la precarización de las condiciones de trabajo para los profesionales en forma de bajos salarios, remuneración por productividad, temporalidad laboral, irregularidad en el pago y posesión de varios empleos ('profesionales taxis'). Estas condiciones favorecen la desmotivación y el desinterés por parte de los profesionales para proporcionar una atención de calidad, lo cual incluye pocos esfuerzos por coordinarse con los otros niveles (por ejemplo, en el uso de las guías o el adecuado registro de la información de los pacientes en los formatos existentes), y elevan la rotación del personal, lo que dificulta la implementación de los mecanismos de coordinación en las redes. Los informantes también señalan que en la contratación por prestación de servicios no se remunera el tiempo para dedicarse a actividades no asistenciales que mejoren la coordinación (asistencia a capacitaciones, grupos de trabajo, etc.) y, en cambio, incentiva la producción de servicios, lo cual disminuye el tiempo disponible en la consulta para usar los mecanismos de coordinación existentes: "*El no estar contractualmente vinculado a la empresa para tener unos ingresos X, tener que ir corriendo a trabajar en otro lado, hace que la persona, si no le pagan esas horas o si no está dentro de las horas que tiene destinadas para estar en la institución, no puede ir a la socialización y no puede ir a la discusión de los casos, porque obviamente no hay compromiso*" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Sistema de pago

En el discurso, sobre todo de los gerentes de los prestadores de I nivel/ambulatorio de algunas de las redes analizadas, se identifica el sistema de pago por evento (por servicio) a la atención especializada como uno de los obstáculos para la coordinación de la atención entre niveles asistenciales, en la medida en que desincentiva la contrarreferencia por parte de los especialistas para no perder sus pacientes, ni disminuir sus ingresos económicos. Para algunos entrevistados de las IPS ambulatorias, el

sistema de pago capitativo global a las IPS ambulatorias es más apropiado, dado que estimula que el paciente se atienda en el nivel más adecuado: *"También tiene que ver con el sistema de pago, muchas veces se paga por consulta o por procedimiento, entonces, eso le permite un mayor ingreso a los especialistas, yo creo que ese es otro elemento por el cual el paciente es, digamos, retenido por el especialista"* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C); "*El interés en la óptica del sistema capitativo, acá se espera un manejo más integral y no se quiere que el especialista se quede con el paciente*" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Tiempo de los profesionales para la coordinación asistencial

Profesionales de salud de las cuatro redes analizadas identifican como una de las principales problemáticas la falta de tiempo para el uso de los mecanismos de coordinación (*GPC,* protocolos, trabajo en grupos interdisciplinarios, diligenciamiento de la contrarreferencia y revisión de la historia clínica), situación que atribuyen a la sobrecarga laboral producto del tipo de contrato y remuneración, basado en la productividad: "*El diligenciamiento de documentos, porque el tiempo de los médicos, a pesar de que está normado que sean los 15 o 20 minutos, sabemos que un usuario puede gastarse más de media hora, más de 40 minutos en una consulta. Igual depende de cómo la IPS haya contratado los servicios del especialista, puede que sea por productividad [...], puede que sea por evento [...], yo percibo que es tiempo, diligenciamiento de documentos, básicamente esos dos factores que no hacen que el usuario salga debidamente contrarreferido de una alta complejidad a un I o II nivel*" (gerente aseguradora, Red 1-S).

Integración de la atención básica y especializada en el servicio ambulatorio

Hubo consenso entre los informantes de las redes contributivas en torno a que la ubicación de la atención básica y especializada (pediatría, medicina interna, ortopedia, ginecología y cirugía general) en el mismo centro de atención favorece la coordinación entre estos niveles asistenciales. No obstante, difieren en cuanto a los motivos: mientras que, para los gerentes de los prestadores y aseguradoras, facilita la implementación de mecanismos de coordinación, como la historia clínica compartida, los grupos de trabajo interdisciplinarios o el sistema experto; para los

profesionales, favorece la comunicación informal, la relación cercana, el contacto directo y el trabajo en equipo: "*Nuestra coordinación entre los servicios de los diferentes niveles es buena, porque hay comunicación, hay un buen sistema de referencia y contrarreferencia, y contamos con una historia clínica compartida" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C); "Acá la relación es muy cordial, muy respetuosa, de mucho trabajo en equipo [...], eso es muy importante, y las relaciones interpersonales*" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Valores y actitudes de los especialistas en la colaboración con el I nivel de atención

Otro de los factores que influye negativamente en la colaboración entre niveles asistenciales, desde el punto de vista sobre todo de los informantes del I nivel/ambulatorio de la mayoría de las redes analizadas, es el poco valor que los especialistas le conceden a este nivel. Los informantes lo atribuyen al desconocimiento de la función de coordinador de la atención del I nivel, así como a la desconfianza en su capacidad técnica y medios disponibles para el manejo adecuado de los pacientes: "*Para los especialistas, el médico general es un 'pinche' que no sabe nada, entonces, devalúa los conceptos técnicos del general y [...] los laboratorios de un I nivel. Por ejemplo, dice: 'A mí no me sirven porque es un hospital de I nivel y allá no hacen las cosas bien*" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). Algunos informantes también lo fundamentan en el menor valor que en el medio académico se le concede a la atención de I nivel en relación con el resto de especialidades. Como consecuencia, los especialistas continúan con la atención de pacientes que podrían ser controlados desde los primeros niveles y muestran poco interés en compartir información y colaborar con los médicos generales: "*La misma importancia que ha venido perdiendo el médico general por los bajos niveles académicos, no creo que sea a nivel general, pero hay mucho escepticismo del especialista para con el médico general y para remitir los usuarios de nuevo*" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Formación de los profesionales de salud

Gerentes de aseguradoras y algunos profesionales de salud de IPS de III nivel/especializado de las cuatro redes identifican fallas en la resolutividad clínica del I nivel/atención ambulatoria, situación que obedece al bajo nivel académico de los médicos generales, lo cual incrementa el uso de los servicios especializados y de urgencias: "Hay muchos inconvenientes que puede resolver el médico general, pero lamentablemente a veces no hay una buena capacitación y formación, entonces él no le resuelve el problema al paciente [...], porque no tiene la preparación académica [...] y termina es remitiendo siempre al usuario" (profesional de salud IPS II nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Tabla 5.2. Síntesis de los factores que influyen en la coordinación en las redes de servicios

Subsidiadas		Contributivas	
Red 1-S	**Red 2-S**	**Red 3-C**	**Red 4-C**
Precarias condiciones de trabajo IPS pública departamental	Precarias condiciones de trabajo IPS públicas	Precarias condiciones de trabajo IPS hospitalarias	Precarias condiciones de trabajo IPS hospitalarias
		Buenas condiciones laborales IPS ambulatoria y especialistas adscritos	
	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada	Sistema de pago por evento: retención usuarios/atención especializada
Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales	Falta de tiempo de los profesionales
		Integración atención básica y especializada en IPS ambulatorias	Integración atención básica y especializada en IPS ambulatorias
Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención	Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención		Bajo interés de especialistas para colaborar con el I nivel de atención
Baja formación académica de médicos del I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención	Baja formación académica de médicos de I nivel de atención

Conocimiento y opinión sobre el uso de los mecanismos de coordinación existentes en la red

Los informantes señalan la implantación de mecanismos para los distintos tipos de coordinación (clínica y administrativa) basados en la programación de actividades y habilidades y en la retroalimentación. Emergen diferencias importantes en la variedad y tipo de mecanismos de coordinación por tipo de régimen de afiliación, área geográfica, entre IPS ambulatorias y no ambulatorias, y titularidad público-privada de las IPS (tabla 5.3).

Los entrevistados de las redes contributivas identifican una mayor variedad de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales que los de las redes subsidiadas, pero únicamente dentro de las IPS ambulatorias, y con algunos especialistas adscritos con los que dentro del contrato aparece el compromiso para su uso. Comparativamente en estas redes se han desarrollado más mecanismos de coordinación clínica basados en la programación (sistema experto y *GPC*) y de retroalimentación (puestos de enlace y mecanismos para la transferencia de información). El tipo de institución que promueve la implantación de la mayoría de estos mecanismos varía: en la Red 3-C, son propuestos desde la IPS ambulatoria —aunque EPS e IPS están integradas— y en la Red 4-C, son requisitos impuestos por la aseguradora a los prestadores.

Los informantes destacan la articulación de los mecanismos de coordinación del acceso o administrativos (puestos de enlace y comunicación informal) y los de información (sistema de referencia y contrarreferencia) entre el nivel ambulatorio y especializado de las redes contributivas y en las redes subsidiadas. En la red subsidiada de Bogotá, refieren una mayor variedad de mecanismos, pero únicamente para procesos específicos, como la atención materno-perinatal y algunas patologías crónicas. En estas redes, la mayoría de los mecanismos son propuestos por el ente territorial (Secretaría de Salud Distrital y Departamental).

También se aprecian diferencias entre grupos de informantes: los mecanismos de coordinación clínica basados en la programación, y los mecanismos formales e informales para la transferencia de información emergen con mayor fuerza en el discurso de los profesionales que en el de los gerentes. Frente a los mecanismos de coordinación administrativos, se evidencia un mayor conocimiento de los profesionales

administrativos y gerentes de IPS, en relación con los profesionales de salud en las cuatro redes.

Mecanismos de programación

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Únicamente se identifican las *Guías de práctica clínica (GPC)* compartidas entre niveles asistenciales, dentro de las IPS ambulatorias de las redes contributivas analizadas, y con algunos especialistas adscritos (tabla 5.7). En las redes subsidiadas —principalmente la de Bogotá—, los prestadores públicos de los distintos niveles han desarrollado conjuntamente *GPC* para algunos procesos asistenciales específicos, como la atención materno-perinatal, aunque esta no es compartida con los prestadores privados. Los entrevistados señalan que, aunque las IPS públicas y privadas de las redes desarrollan individualmente *GPC,* por ser un requisito de habilitación del Ministerio, no se suelen compartir con los otros prestadores de la red: "*Cada quien tiene lo suyo, yo tengo mis guías, lo que me exige la norma, pero el otro nivel no conoce mi guía y, obviamente, yo no conozco la de ellos, somos diferentes, entonces, no es estandarizado, pues cada institución tiene lo suyo*" (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S); "*Es difícil que se coordine esto. Sin embargo, hay guías, por ejemplo, de atención materna, en donde sí se pueden llegar a compartir cosas, en lo que tiene que ver con la red materno-perinatal se manejan guías iguales, tanto en el hospital X, Y, el hospital Z y acá, compartiendo esas guías, explicándolas y, digámoslo así, socializándolas, pero ¿hasta qué punto todos las utilizan? Pues no le sabría decir*" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Entre los factores que explican la inexistencia de guías compartidas entre las IPS que conforman las redes, algunos informantes identifican la poca voluntad política para implementar las *GPC* elaboradas por el Ministerio que servirían para unificar criterios a nivel nacional, así como para la definición del proceso de habilitación por institución, y no por red: "*En Bogotá, se hizo una tarea en una de las redes de tratar de sacar guías unificadas de atención, entonces, nos reunimos con especialistas, médicos de I nivel, para definir lo que sería lo colectivo al paciente diabético, hipertenso, al paciente con EPOC; [...] se definieron flujogramas [...], y todos los subgerentes dijeron: 'Listo, se aprobaron' [...] y a la fecha el único hospital*

que hizo capacitación en el tema fue este y ningún otro las puso en marcha [...]. Entonces, sí hace falta mayor voluntad política para la implementación y unificación de estos instrumentos, porque sí afecta los procesos de articulación en red y la continuidad de los usuarios" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Según los informantes, el desarrollo, difusión y evaluación de las *GPC* compartidas ha sido una iniciativa de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y de las secretarías Departamental y Distrital de las redes subsidiadas, como parte de su política de mejora de la coordinación de la red pública. Algunos gerentes de las aseguradoras destacan que, aunque las *GPC* sirven de base en la contratación para negociar con las IPS los criterios clínicos para la prestación de los servicios a sus asegurados, su desarrollo es responsabilidad de las IPS: "*No podemos decir que participamos activamente en la elaboración de la guía [...], esa es una responsabilidad de la prestación, nosotros llegamos es contractualmente a acuerdos en los que decimos: 'Sí, estamos de acuerdo' [...], como lo hemos visto en todo el tema de los criterios de neonatología, que ha sido tan difícil llegar a acuerdos [...]*" (gerente aseguradora, Red 3-C). Los entrevistados de las redes contributivas, principalmente de la Red 3-C, identifican diversos mecanismos de divulgación y evaluación de las *GPC,* entre los que se destacan —por frecuencia de uso— las reuniones y la disponibilidad permanente en la intranet de cada institución para su divulgación, y la evaluación a través de los procesos de auditoría de las IPS o de las aseguradoras.

La mayoría de los informantes de las redes analizadas destacó la importancia de las *GPC* para la coordinación entre los profesionales que intervienen en un proceso asistencial, al orientar el manejo clínico de las patologías y definir los criterios para la remisión de los pacientes a través de los distintos servicios. No obstante, muchos de los profesionales de salud entrevistados señalan dificultades en su uso por el tiempo insuficiente para su revisión y consulta, por el poco conocimiento de su existencia, y, en el caso específico de las subsidiadas, por las condiciones laborales precarias y el bajo compromiso de las aseguradoras y de los prestadores para su implementación, que conducen a una pobre adherencia a las *GPC*.

En las IPS ambulatorias de las redes contributivas, los profesionales de salud destacaron el uso de mecanismos complementarios de coordinación entre niveles para mejorar la capacidad resolutiva del I nivel de atención:

el *sistema experto* y los *programas de capacitación para los profesionales.* Aunque con menor énfasis, las capacitaciones también aparecen en el discurso de los profesionales de la red subsidiada de Bogotá.

En relación con el sistema experto, los entrevistados de las redes contributivas resaltan la existencia de un grupo de especialistas de apoyo a los médicos generales (*'staff'* o 'grupos primarios') a través de sesiones clínicas conjuntas mensuales o semanales para la revisión de casos o temas, visitas conjuntas a pacientes y asesoría presencial y telefónica permanente, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica del I nivel de atención, que evite derivaciones y pruebas diagnósticas innecesarias. En la Red 3-C, este mecanismo es desarrollado por la EPS, y, en la Red 4-C, es un requisito impuesto por la aseguradora. Estos espacios fueron valorados de manera positiva por los profesionales de la salud vinculados con las IPS ambulatorias al reconocer que favorecen la comunicación entre los profesionales y mejoran el trabajo en equipo: "*Estamos trabajando el programa de educación médica continuada y el fortalecimiento en la resolutividad del I nivel [...], y estamos trabajando mucho como en el fortalecimiento de esos médicos; por ejemplo, hemos creado algunas maneras de atender los pacientes con apoyo de algunos especialistas*" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Otros mecanismos identificados por los informantes para mejorar la coordinación asistencial son los programas de capacitación virtual y presencial organizados por las aseguradoras, con el objetivo no solo de mejorar la resolutividad del I nivel, sino también la adherencia a las *GPC* por parte de los profesionales de las IPS ambulatorias: "*Tenemos un sistema de capacitación virtual, entonces, una parte de la capacitación a los prestadores se hace a través de la red virtual. Tenemos procesos de capacitación, presenciales, y hay temas que hemos abordado con capacitación escrita, con material impreso, por ejemplo, guías de manejo sobre las patologías más relevantes*" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Mecanismos de coordinación administrativa de la atención

Informantes de la aseguradora de la Red 3-C identifican las guías para coordinar el acceso de los pacientes a lo largo de la red dentro de los mecanismos de coordinación administrativa desarrollados en consonancia con las *GPC:* "*Se tiene priorizado cuáles patologías deben tener guía de*

práctica clínica y guía administrativa; nosotros no contemplamos en los programas tener solo una guía administrativa sin guía de práctica clínica ni lo contrario. O solo guía de práctica clínica sin guía administrativa, porque tienen que estar muy articuladas precisamente para que sean coherentes y la IPS *las pueda implementar fácilmente*" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Mecanismos de retroalimentación

Mecanismos para la transferencia de información clínica entre niveles

Frente a los mecanismos para compartir la información clínica de los pacientes entre el I nivel/atención ambulatoria y el II y III nivel/atención especializada, en todas las redes los informantes destacaron la existencia de los documentos de referencia y contrarreferencia (elaborado por el Ministerio) y el informe de alta, los cuales son entregados a los pacientes. Únicamente en las IPS ambulatorias de las redes contributivas —y con algunos especialistas adscritos en particular— se señaló la existencia de la historia clínica compartida.

En el discurso de la mayoría de los informantes de las cuatro redes analizadas, emergen con especial intensidad las dificultades en el uso de los *formatos de referencia y contrarreferencia,* que difieren según el grupo de informantes (tabla 5.8). Por un lado, los profesionales y gerentes de I nivel/atención ambulatoria y los gerentes de EPS indican problemas con la contrarreferencia, por el registro insuficiente cuando se utiliza o por su inexistencia, como ocurre en las redes contributivas, en particular con la red especializada externa. En cambio, los especialistas reportan un precario registro de información en la referencia por parte de muchos médicos generales, lo cual contrasta con la opinión de algunos profesionales del I nivel/atención ambulatoria, quienes lo consideran suficiente: "*Nosotros tenemos un sistema de referencia, el médico remite, explica todo, pero, cuando llega el momento de contrarreferir, los médicos especialistas nunca contrarrefieren. Entonces, acá el médico queda igual, el cardiólogo, el ginecólogo: '¿Qué le dijo el médico allá?', les están preguntando a la paciente porque nunca dan la contrarreferencia*" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S); "*Hay médicos que hacen muy buenas referencias, hay otras que son pésimas con una información mínima, nadie mide*

que lo que viene escrito en un papel puede terminar en otra institución orientando una conducta que de pronto sea errada; entonces, la calidad de la información, la cantidad de la información no es buena" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

En la red subsidiada de Bogotá, algunos informantes destacan el adecuado registro de información en la contrarreferencia por parte de los profesionales de las IPS públicas vinculados a los programas promovidos por la Secretaría Distrital de Salud (sida, gestantes y patologías crónicas), pues los especialistas cuentan con personal de apoyo de enfermería para el registro de información en la contrarreferencia: "*A nosotros nos funciona la contrarreferencia en Sida, en crónicos y en gestantes, porque la operación del programa implica tener un componente administrativo que apoye al médico en eso, me explico, como existen eventos POS y no POS para contrarremitir, entonces el perinatólogo, para una gestante de alto riesgo, tiene una consulta larga [...], tiene una enfermera que les apoya en el diligenciamiento y tienen un sistema unificado que hace que no tenga que volver a copiar lo mismo tres veces [...], tiene un apoyo administrativo al pie, eso hace parte del programa para que el paciente se vaya bien remitido*" (gerente aseguradora, Red 2-S).

En cuanto al *informe de alta,* se encuentran opiniones contrarias frente a su uso adecuado: por un lado, un grupo de profesionales de I nivel/atención ambulatoria manifiesta que este no es enviado desde algunas IPS especializadas, lo cual contrasta con la opinión de un grupo de profesionales de III nivel/especializado, quienes afirman que este informe es entregado a los usuarios junto con los resultados de las pruebas diagnósticas, cuando es dado de alta del hospital: "*El problema a veces es cuando el paciente ha estado hospitalizado, como te decía, que algunas instituciones o profesionales no entregan el informe de alta o epicrisis, como otras sí lo hacen de manera muy juiciosa*" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C); "*Se le da un resumen, que es una epicrisis, en el cual va escrita una muy corta síntesis de lo que se hizo y una corta experiencia, cómo le fue durante el hospital*" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). Algunos profesionales de las redes contributivas identifican que, en algunas ocasiones, este informe es usado por las IPS especializadas como instrumento administrativo para los procesos de facturación con las aseguradoras y no como mecanismo de transferen-

cia de información clínica al I nivel de atención: "*Nosotros le enviamos a cuentas médicas de la EPS la historia clínica en la cuenta, la epicrisis, de por qué ingreso, por qué salió, las evoluciones médicas, prácticamente, se le envía copia de la historia, y en la epicrisis va todo lo que se le hizo al paciente, esto nos ayuda para hacer el cobro*" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 3-C).

Finalmente, muchos de los informantes de las IPS ambulatorias de las redes contributivas —en su mayoría profesionales de salud— opinan que la *historia clínica (HC)* compartida facilita la consulta permanente de la información y su uso como medio para la transferencia de información clínica del paciente entre los profesionales (médico general/familiar con especialistas adscritos), pero también señalan como debilidades que no se comparta con la red especializada externa y que su registro sea insuficiente: "*El sistema de información clínica funciona y nosotros tenemos el sistema donde el médico ingresa, hace sus comentarios y, cada vez que hay otro médico, puede ver la historia donde dice cuál especialista lo vio y cuál fue su concepto*" (profesional administrativo IPS I nivel de atención/ IPS ambulatoria, Red 3-C). En cuanto a las redes subsidiadas, algunos de los gerentes de aseguradoras entrevistados manifiestan la dificultad de implantar las HC compartidas informatizadas en estas redes, por el escaso desarrollo tecnológico de los prestadores públicos que están obligados a contratar y que usan HC en papel. En este sentido, los déficits en los sistemas de información son atribuidos, por los entrevistados, a la insuficiente financiación de los prestadores públicos: "*La coordinación como tal implica tener los medios físicos [...], buenos sistemas de información, personal, uno con los medios puede suplir cualquier necesidad, pero, si no tiene los medios, siempre va a haber un déficit, y es el caso de muchos hospitales con los que tenemos contratos, donde se evidencian déficits en los dos aspectos*" (gerente aseguradora, Red 2-S).

Entre las causas del poco uso o utilización inadecuada de los mecanismos de transferencia de información clínica, los entrevistados destacan que en las redes subsidiadas hay desinterés y escasa conciencia de trabajo en equipo para la toma de decisiones entre médicos generales y especialistas a través del circuito de referencia y contrarreferencia, discursos que predominan en los profesionales de salud de I y II nivel y

gerentes de la aseguradora. En las redes contributivas, los profesionales de salud de las IPS especializadas señalan que el principal obstáculo para el diligenciamiento de la contrarreferencia y el adecuado registro de la HC es la sobrecarga laboral y la falta de tiempo de los especialistas.

Para subsanar las deficiencias en la transferencia de información clínica, la mayoría de los profesionales entrevistados coincide en que con frecuencia recurren al paciente como transmisor de dicha información entre niveles asistenciales. Esto genera problemas relacionados con la calidad y cantidad de información que obtienen de los pacientes, por lo cual se ven en la necesidad de remitirlos nuevamente a los servicios para solicitar la HC o el informe de alta: "*Hay veces cuando son pacientes que vienen de hospitalización no traen la historia clínica, entonces ahí sí quedamos como mal, porque obviamente lo poco que nos pueda decir el paciente con su nivel de entendimiento acerca de la parte médica es muy pobre*" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). Las consecuencias que la falta de información genera en la práctica asistencial varían según el nivel. Los profesionales del I nivel/atención ambulatoria reportan dificultades para la definición del diagnóstico y tratamiento de los pacientes, así como para su seguimiento; mientras que los profesionales de la atención especializada destacan el retraso en el diagnóstico y tratamiento que supone repetir pruebas diagnósticas o solicitar la HC previa: "*A veces no viene muy completo el resumen de la historia clínica, entonces aquí pues los profesionales se limitan mucho, y les toca volver a empezar. Bueno, tomaron el TAC, pero ¿cuándo?, ¿dónde? 'No, no me acuerdo', y entonces uno dice: 'Volvamos a empezar*" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Puestos de enlace

En las redes contributivas analizadas, algunos gerentes identificaron figuras que actúan como puesto de enlace entre los niveles asistenciales, con características diferentes según la red. En la Red 3-C, se señala la existencia de enfermeras que actúan como gerentes de casos para población obstétrica y para algunas enfermedades crónicas, con funcio-

nes orientadas a facilitar la comunicación entre los profesionales de la IPS ambulatoria y los especialistas adscritos, así como la programación de las citas y exámenes de control de los pacientes en los diferentes niveles: "*Está como un puesto de enlace exactamente, para pacientes con patología crónica que requieran atención programada, así es. Generalmente es una enfermera profesional que está a cargo de los diferentes programas*" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C). En la Red 4-C, aparece la figura de un médico de la EPS que tiene acceso a las HC de los pacientes de las IPS especializadas, con el propósito de facilitar la transferencia de información y la derivación al I nivel de atención/IPS ambulatoria, cuando el resultado de la valoración en urgencias (*triage*) establece que puede ser atendido en dicho nivel: "*La comunicación entre especialistas o médicos remisores y médicos receptores. Como te digo, siempre interviene el médico que tiene acceso a la historia clínica del usuario remitido de otras IPS*" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C); frente a esta figura, existe divergencia de opiniones, ya que, mientras algunos entrevistados consideran que, al tratarse de un médico externo a la institución, restringe la autonomía en la toma de decisiones de los profesionales, otros opinan que facilita la transferencia de información clínica entre las IPS ambulatorias y las especializadas, así como la coordinación administrativa.

En la Red 4-C, el auditor aparece como puesto de enlace, dado que es quien envía semanalmente el censo hospitalario a las IPS ambulatorias, con el propósito de fortalecer el seguimiento a los usuarios y la transferencia de información clínica entre niveles: "*Todos los días nos llega la información de los hospitales, la información que recogen los auditores concurrentes de los casos que se han hospitalizado. Nos llega esa relación de pacientes, cómo van, qué les están haciendo en los diferentes servicios de los hospitales, cómo va el estado de salud, nos informan los partos, los niños*" (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Mecanismos de coordinación administrativa

En casi todas las redes analizadas, los informantes señalaron el uso de puestos de enlace para coordinar la referencia de pacientes entre los servicios de la red. En las redes subsidiadas, los entrevistados identifica-

ron el uso de otros mecanismos, como la comunicación informal entre profesionales para la coordinación del acceso de los pacientes y los comités permanentes.

Excepto en la red subsidiada de Soacha, los informantes destacaron la creación de un puesto de enlace para coordinar la referencia de pacientes urgentes, ingresos o traslados hospitalarios por parte de las aseguradoras, bajo distintas denominaciones como central de referencia y contrarreferencia, línea de atención al prestador o línea 24 horas. Entre las funciones de estos puestos de enlace, resalta la autorización de la prestación del servicio urgente, la elección del centro para remitir al paciente y contacto para evaluar la disponibilidad de camas, y la coordinación del servicio de ambulancia. Adicionalmente, los informantes de las IPS públicas de las redes subsidiadas destacaron el rol que cumple el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) para asesorar a las distintas instituciones en torno a la atención de urgencias, situaciones de emergencias y desastres, y para derivar a los usuarios hacia los centros asistenciales más adecuados, según disponibilidad de recursos y localización.

Algunos entrevistados señalan varias ventajas de este tipo de mecanismo para la coordinación del acceso de los pacientes entre niveles asistenciales: gerentes de las aseguradoras y profesionales administrativos de la Red 3-C destacan la reducción en el tiempo de espera de las remisiones urgentes, mientras los profesionales de salud de la Red 4-C resaltan el apoyo a la atención especializada en la transferencia de la información clínica del paciente. No obstante, muchos de los profesionales de salud en las cuatro redes identifican dificultades que varían según la red: en la Red 4-C, señalan prolongados tiempos de espera para la remisión de pacientes urgentes; en la Red 3-C, falta de una comunicación directa entre los profesionales de salud de los diferentes niveles para la transferencia de información clínica a través de la central. En las redes subsidiadas, la falta de formación del personal responsable de la remisión, bien sea porque rotan los médicos y desconocen los procedimientos (Red 1-S), o porque el personal administrativo no tiene la formación clínica necesaria para la coordinación de la remisión (Red 2-S): "*Hay mucha demora para la referencia entre que llaman a la otra ciudad, llamen a la institución prestadora, porque ellos son como el intermediario entre las dos*

partes y hay demora en esa parte, es mucho tiempo" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C); "*El tema de remisiones, de notificaciones de urgencias, se ha vuelto un trabajo de radioperadores, rara vez un médico pasa a un teléfono para remitir un paciente [...], por ejemplo, una remisión para cuidado intensivo. ¿Quién llama?, es el radioperador. El radioperador aquí por norma es auxiliar de enfermería, pero a veces ni lo son. Entonces, manejando una información clínica, técnica, muchas veces con telegramas ilegibles, porque leen lo que dice el médico, o los que le pasan el dato, y muchas veces se necesita complementar esa información para ver si aceptan al paciente o no, o si tienen criterios de ingreso a una unidad de cuidado intensivo*" (gerente aseguradora, Red 2-S).

En las redes contributivas, muchos de los profesionales administrativos, especialmente de las IPS especializadas, reportan que, para la remisión de pacientes, se apoyan en el auditor de la aseguradora, quien actúa como enlace entre las IPS de la red. Aunque destacan muchos elementos positivos para la coordinación administrativa, como la agilización de las remisiones y de las autorizaciones por parte de las aseguradoras, algunos entrevistados opinan que el objetivo de este mecanismo es el control de costos: "*La auditoría se centra mucho en el control de los costos y los precios y deja de lado los procedimientos clínicos de la IPS hospitalaria*" (profesional de salud IPS especializada, Red 4-C).

En las redes subsidiadas, tanto gerentes como profesionales de salud destacan el uso de mecanismos de comunicación informal (teléfono y correo electrónico e internet) entre los profesionales de los servicios para coordinar el acceso de los pacientes urgentes en procesos específicos (materno-perinatal y cáncer de cuello uterino). En la Red 1-S, estos mecanismos se emplean puntualmente para resolver casos complejos, mientras que en la Red 2-S son diarios y sistemáticos: "*Esa comunicación entre urgencias y el hospital X, por ejemplo, hoy en día es diaria, es una revista que telefónicamente se hace*" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S). Aunque los entrevistados señalan que estos mecanismos permiten reducir el tiempo de espera en la remisión, también identifican dificultades por problemas técnicos con las líneas telefónicas y el servicio de internet en las IPS de I nivel.

Finalmente, algunos entrevistados de las redes subsidiadas mencionaron la existencia de comités permanentes de referencia y contra-

rreferencia con el propósito de mejorar el uso de este mecanismo entre las IPS públicas para la atención a la población general de la Red 1-S y para la población gestante y crónica de la Red 2-S. En estos comités, creados por las secretarías de salud, participan los responsables de los procesos clínicos involucrados y de las IPS públicas. Dentro de las debilidades de este mecanismo, los informantes de la Red 1-S señalan la falta de continuidad en la participación y el inadecuado perfil de los asistentes, mientras que en la Res 2-S la falta de voluntad por parte de los gerentes de las IPS para corregir los problemas detectados en los comités.

Tabla 5.3. Síntesis de los mecanismos de coordinación asistencial identificados por los informantes en las redes según tipo de coordinación

Tipo de coordinación	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Mecanismos de programación				
Gestión Clínica	Guías de práctica clínica por prestador	Guías de práctica clínica por prestador	Guías de práctica clínica (I nivel/atención ambulatoria)	Guías de práctica clínica (I nivel/atención ambulatoria)
			Sistema experto (grupo primario)	Sistema experto (*staff*)
		Capacitación presencial para profesionales de I nivel por especialistas	Capacitación presencial para profesionales de IPS ambulatoria por especialistas y virtual para profesionales de IPS ambulatoria y adscritos	Capacitación presencial para profesionales de IPS ambulatoria por especialistas y virtual para profesionales de IPS ambulatoria y adscritos
Administrativa			Guías administrativas para coordinar el acceso de usuarios entre niveles de atención	

Continúa

Tipo de coordinación	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Mecanismos de retroalimentación				
Información	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia	Formato de referencia y contrarreferencia
	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria	Informe de alta hospitalaria
	Historia clínica no compartida entre instituciones	Historia clínica no compartida entre instituciones	Historia clínica compartida (IPS ambulatoria y especialistas adscritos)	Historia clínica compartida (IPS ambulatoria y especialistas adscritos)
Gestión clínica			Puestos de enlace —gestor de caso— (IPS ambulatoria y médicos especialistas)	Puestos de enlace —médico hospitalario— (IPS ambulatoria e IPS hospitalarias)
Administrativa		Línea 24 horas	Central de referencia y contrarreferencia	Línea del prestador
	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)		
	Comunicación informal: teléfono/ internet (materno-perinatal, cáncer cérvix)	Comunicación informal: teléfono/ internet (materno-perinatal, cáncer cérvix)		
	Comité de referencia-contrarreferencia (población general)	Comité de referencia-contrarreferencia (gestantes y crónicos)		

Conclusiones

Los resultados en las cuatro redes analizadas evidencian la inexistencia de procesos de coordinación asistencial entre los diferentes niveles de atención, excepto en los prestadores ambulatorios de las redes contributivas.

El modelo de competencia gestionada se constituye en el principal factor determinante de la configuración de las redes, que, al incentivar la rentabilidad económica de las aseguradoras y la competencia entre prestadores, para lograr su sostenibilidad financiera, genera un alto nivel de fragmentación en la atención, cambio frecuente de proveedores y múltiples prestadores para los servicios POS y no POS, principalmente en el régimen subsidiado. Adicional a esta problemática, se destaca la debilidad del ente rector frente a la formulación y control de estándares clínicos nacionales, factores que, en su conjunto, dificultan el trabajo colaborativo entre los distintos niveles asistenciales.

Como factor determinante de la coordinación asistencial, se destacan las inadecuadas condiciones de trabajo, que conllevan la precarización de los profesionales de salud, principalmente de aquellos vinculados con las IPS públicas de las redes subsidiadas y las IPS hospitalarias de las redes contributivas, lo que desincentiva su participación en procesos de coordinación asistencial y el uso inadecuado de mecanismos existentes para la transferencia de información clínica.

El trabajo colaborativo entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales se afecta por las actitudes negativas y el desconocimiento del rol articulador del I nivel por parte de la atención especializada, lo que, unido a la baja capacidad resolutiva del médico general y a los incentivos que genera el sistema de pago por evento, promueven la retención de usuarios en los niveles de mayor complejidad, el bajo uso del mecanismo de contrarreferencia y la falta de trabajo en equipo para la toma de decisiones consensuadas que permitan un adecuado seguimiento y control de los usuarios.

En relación con el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación asistencial, destaca un mayor desarrollo de los mecanismos clínicos en las IPS ambulatorias de las redes contributivas. No obstante, se debe valorar su impacto frente a la disminución de la eficiencia, el acceso y la calidad de la atención, como consecuencia de los límites a la

práctica clínica que imponen las aseguradoras a los prestadores que son de su titularidad.

Los mecanismos de retroalimentación para la transferencia de información clínica evidencian mayor implementación en las redes contributivas. Sin embargo, se evidencian fallas en cuanto a su uso, dado que no se comparten con la red hospitalaria externa. También existen problemas en el registro de la información clínica y una inadecuada aplicabilidad del informe de alta hospitalaria, así como del mecanismo de contrarreferencia. Problemáticas que limitan el trabajo articulado en red y la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En todas las redes analizadas, se identifican mecanismos de programación, como las guías de práctica clínica y los programas de capacitación continua, así como el sistema experto en las redes contributivas. No obstante, la existencia de lineamientos diferentes en cada prestador restringe la toma de decisiones clínicas consensuadas y el trabajo articulado entre los profesionales de los distintos niveles de atención.

Finalmente, se reconocen los mecanismos administrativos como facilitadores del acceso de los usuarios a los distintos niveles asistenciales. Sin embargo, se presentan dificultades relacionadas con su operación e implementación, por la intermediación ejercida por las aseguradoras, que limita la comunicación directa entre los prestadores, a lo que se suma la falta de voluntad de los prestadores para mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios.

Tabla 5.4. Ejemplos de citas sobre la opinión general frente a la coordinación asistencial

Inexistencia de coordinación entre niveles asistenciales	"No hay un sistema de coordinación asistencial definido [...], no lo hay, entre niveles, pues aquí lo que se ve es que cada nivel trabaja por su lado ¿no? Realmente no hay un buen enlace" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). "No hay articulación para que haya continuidad en el proceso porque yo hago labores aisladas, cumplo mi pedazo y lo envío hacia el II o III nivel del prestador" (gerente aseguradora, Red 2-S).
Buena coordinación asistencial en las IPS ambulatorias de las redes contributivas	"En la IPS es diferente, aquí la relación entre nosotros es muy buena, es mucho más cercana, más personal, más de amigos, entonces, nos podemos encontrar en el pasillo, en la cafetería, entonces es mucho más fácil, cada uno tiene su extensión o voy interrumpo a la doctora para preguntarle algo, pues yo la puedo llamar y decirle si me ayuda, aquí la comunicación entre nosotros es muy fácil" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Continúa

Causas de la inexistencia de coordinación	
Falta de comunicación entre niveles de atención	"Entre niveles la comunicación no es fácil, o sea, la comunicación no fluye entre nosotros los del I nivel al II nivel, al III nivel, la comunicación no fluye muy fácil, yo pienso que coordinación casi no existe" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). "El I nivel le autoriza tal cosa, pero a partir del II es de ustedes, pero, si no existe comunicación entre los profesionales del II nivel y el I nivel, no estamos manejando ninguna integralidad" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Desconocimiento entre los profesionales e instituciones de los diferentes niveles	"Yo soy una ESE, yo atiendo a mis pacientes y yo no sé qué está pasando con el resto, no tengo acceso, no conozco, ni contactos con la otra entidad pública, no conozco ni al coordinador, ni al sistema como tal, no sé cómo esté funcionando. Solo que uno ve a las instituciones y yo sé que existen, pero nada de coordinarnos" (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).
Baja resolutividad del I nivel de atención	"Hay fallas porque cualquier patología sin esperar un tiempo prudencial lo mandan a un II nivel, es remitido directamente a un III o IV nivel, y eso congestiona los servicios" (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Tabla 5.5. Ejemplos de citas sobre factores que influyen en la configuración de las redes

La implementación del modelo de competencia gestionada	
Compra fragmentada de servicios y cambio frecuente de prestadores	"Por la división por contratación, yo ya no puedo saber qué pasó con el usuario, a no ser que el usuario te cuente o que el oncólogo te haga un resumen de historia y lo envíe con el usuario, lo demás se pierde" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). "Los contratos fragmentados no favorecen la comunicación entre los distintos niveles, todos estos procesos son afectados" (profesional de salud IPS II nivel de atención, Red 1-S).
Relación asegurador/prestador centrado en vínculos contractuales	"El subsidiado no genera un proceso de continuidad, porque yo hago labores aisladas, cumplo mi pedazo, lo envío hacia el II o III nivel del prestador, generalmente no hay contrarreferencia. Como son cosas muy puntuales en lo contractual, puede que haya un laboratorio, algo que yo no pude hacer por *x* o *y* motivo, y el siguiente cómo lo genera, como es un requisito contractual que venga previamente, entonces le genera una barrera, no continúa hasta que no traiga lo que a mí me dijeron que tenía que traer de carácter obligatorio, entonces el usuario siempre termina en un peloteo muy complicado" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Búsqueda de rentabilidad económica	"La ESE ya descentralizada [...] trata de resolver ellos mismos sus problemas [...], sobre todo su sostenibilidad financiera. Eso ha generado una serie de competencias con otras IPS en municipios anexos o incluso en su misma localidad, porque puede haber en ciudades grandes dos o tres ESE. Esas necesidades de tener una sostenibilidad financiera, visto independientemente, rompe cualquier red, se vuelven competitivas" (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

Continúa

Fragmentación de los servicios del POS subsidiado	
Existencia de diferentes redes de prestadores para la atención del POS-S y no POS	"El usuario accede allá en Soacha a su servicio de salud total o parcial, sea que nosotros lo contratemos o sea que la Alcaldía lo tenga en el I nivel, ya la limitante existe a partir del III e, incluso, la alta complejidad, porque pues la Secretaría tiene unas instituciones, nosotros (aseguradora) tenemos otras, no siempre coinciden; para este caso, la que nos coincide es la IPS de III nivel, pero no siempre son coincidencia" (gerente aseguradora, Red 1-S).
Debilidad del ente rector frente al cumplimiento de sus funciones	
Ausencia de estándares clínicos nacionales y falta de voluntad política para su implementación	"El Ministerio de Salud sacó hace unos años todo un trabajo muy bueno sobre las guías de manejo de casi todos los eventos, sin embargo, casi no las utilizan, las utilizan algunos como referente, pero cada uno tiene su jurisdicción local" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Ausencia de sistemas únicos de información	"La Ley de Seguridad Social establece un manejo de redes y un sistema de referencia y contrarreferencia, separación por niveles, con acceso, formas de migrar a través del sistema y volver, pero no se ha logrado, por ejemplo, establecer un sistema único de información establecido desde el 95, es una necesidad básica para que funcione el sistema, porque las bases de datos están en cada asegurador [...]" (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

Tabla 5.6. Ejemplos de citas de factores que influyen en la coordinación de las redes de servicios

Condiciones laborales de los profesionales	
Contratación por prestación de servicios	"La estructura de la coordinación se ha desvirtuado un poquito con la aparición de las cooperativas, es una coordinación fragmentada, los bajos salarios hacen que los profesionales se vayan con mucha frecuencia, hay otras instituciones en donde les paguen más, esto no nos permite una coordinación óptima" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Bajos salarios y profesionales desmotivados	"Hay que mejor remuneración y pienso que eso ayudaría a mejorar los procesos de coordinación, porque la gente ya está desmotivada, estamos en que ya no se quiere trabajar, eso es importante para que un profesional trabaje con gusto con los otros" (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).
Alta rotación de profesionales	"Y en esas condiciones, la rotación laboral incide en la oportunidad, en la continuidad de los procesos, en la articulación con los demás niveles" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Bajo uso y registro inadecuado de los mecanismos de coordinación	"Las dinámicas de la rotación de los profesionales influyen sobre el nivel de adherencia a las guías y protocolos, cuando evaluamos encontramos de todo, profesionales con muy buen nivel de adherencia y otros no, se debe al flujo constante del personal" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Sistemas de pago	
Sistema de pago por evento en la	"Tengo un paciente de I nivel que me llega a urgencias, que puede ser manejado en un CAMI, lo manejan en III para hacer el recobro, sabiendo que podían

Continúa

atención especializada	remitirlo al I nivel, lo hacen porque genera un ingreso económico por evento, entonces no lo mandan, ese tipo de ejercicios desestimulan la conformación de redes coordinadas" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Tiempo de los profesionales	
Tiempo para el uso de los mecanismos de coordinación	"Utilizar la guía implica tiempo y hay una agenda asignada con unos tiempos específicos, y el hecho de venir y sentarse y revisar la guía implica tiempo, analizarla no solo leerla, sino coger, analizar y ubicar cómo está mi paciente, la historia clínica de mi paciente; el hacer el análisis implica tiempo que muchas veces los profesionales no tienen" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Integración de la atención básica y especializada en el servicio ambulatorio	
Existencia de mecanismos de coordinación compartidos entre profesionales (IPS ambulatoria y adscritos)	"La coordinación entre nosotros es buena en los servicios que nosotros tenemos, porque tenemos cosas de I nivel, de II nivel y algunas de III nivel, nosotros tenemos medicina general, varias especialidades básicas y subespecialidades, por ejemplo: neurología pediátrica, cirugía pediátrica, cirugía vascular, cirugía artroscópica, entonces, la coordinación entre los servicios de diferentes niveles es buena, porque hay comunicación, hay un buen sistema de referencia y contrarreferencia, y contamos con una historia clínica compartida y eso es importante para estos procesos" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Existencia de mecanismos de comunicación informal entre profesionales	"A nivel interno con los especialistas es una comunicación informal, aquí en la institución, pues uno los conoce y uno les comenta del paciente, es una comunicación informal y a veces por teléfono" (profesional de salud IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Valores y actitudes de los especialistas en la colaboración con el I nivel de atención	
Desconfianza del especialista hacia el médico general	"Me he dado cuenta de que hay una gran desconfianza y celos entre las especialidades, hay muchas patologías que podría manejar un médico general o un médico familiarista, que la supraespecialidad" (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).
Desinterés de los especialistas frente a la comunicación y el trabajo en equipo	"Tenemos problemas ahí, nuestros especialistas cada vez menos quieren pasar a un teléfono y hablar con el colega de la otra institución, para que entre los dos se entiendan qué es lo que necesita el paciente; entonces, como ya lo escribí en un papel" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).
Formación de los profesionales de salud	
Nivel académico de los médicos y baja resolutividad	"Parte de lo que nos está fallando es la resolutividad del recurso humano en salud de puerta de entrada y es un problema de formación que hemos tratado de suplir con guías, con protocolos, con capacitaciones, pero es un problema mucho más estructural. Es decir, el médico general que está saliendo hoy no es tan resolutivo como el médico general de antes, el médico internista que se está graduando hoy no es tan resolutivo, igual el pediatra, etc. Entonces, eso afecta todos los procesos de la atención y la comunidad está cayendo más en la atención supraespecializada, contrario a cualquier modelo de gestión clínica" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Continúa

Tabla 5.7. Ejemplos de citas sobre el conocimiento de los mecanismos de programación existentes en las redes

Mecanismos de coordinación de gestión clínica	
Mecanismos de normalización del trabajo	
Guías de práctica clínica	"Esas guías son basadas en evidencia, pero nunca se comparten, es a libre albedrío si las instituciones las adoptan o no. Entonces, nunca hay posibilidad de que concuerde la guía de la IPS hospitalaria 1 o 2 con la de nosotros" (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Mecanismos de normalización de habilidades del trabajador	
Sistema experto	"El paciente antes se siente mejor porque es visto por dos médicos, no es una consulta de especialista, es una consulta de médico general, la hemos llamado 'medicina general integral', y permite que el especialista lo acompañe, eso ha mejorado la oportunidad. Los médicos generales se sienten mucho más seguros en la consulta, porque uno de los problemas que comentábamos era el de la formación médica. También trabajamos todo lo de educación médica continuada" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Educación continua	"Hay una reunión mensual donde van médicos del I nivel y hay charlas para definir un temario académico durante el año; esos son los temas que se necesita fortalecer en todos los niveles y se hace un proceso de capacitación en manos de especialistas de II y III dirigido a médicos y enfermeras de I nivel" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Mecanismos de coordinación administrativa de la atención	
Guías administrativas	"Contamos con guías administrativas que apoyan los procesos clínicos, nos ayuda y facilitan los procesos en la EPS [...]" (gerente aseguradora, Red 3-C).

Tabla 5.8. Ejemplos de citas sobre el conocimiento de los mecanismos de retroalimentación existentes en las redes

Mecanismos de retroalimentación de coordinación de la gestión clínica	
Dispositivos de enlace	
Gestores de caso	"Yo tengo aquí una enfermera que es el enlace entre el especialista, entonces, ella me lleva la base de datos de la sífilis, y es el enlace entre el médico general y el ginecólogo, y llevamos una matriz de seguimiento a esos casos, buscando que no se pierda la continuidad. Es el enlace que se tiene porque no se hace el tema de referencia y contrarreferencia, se puede correr el peligro de que ese paciente con sífilis congénita pueda tener un problema, sobre todo en enfermedades de vigilancia epidemiológica, esa persona de enlace, que es una enfermera, garantiza el manejo de los usuarios" (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
Médico hospitalario de la EPS	"Este médico se conecta, busca por el número de cédula del paciente, entra a ese sistema de información, que es el sistema de historia clínica de la EPS-C 4, lo consulta para conocer y pues solo él tiene acceso, él como empleado de la EPS tiene la clave de acceso para revisar esa historia clínica, la revisa y lo

Continúa

Médico hospitalario de la EPS	que él considera relevante que sea tenido en cuenta por nuestro especialista para definir conducta o tratamiento de ese paciente lo da a conocer a nuestro especialista no de una forma impresa, sino se lo comenta en la revista, en la evolución del paciente" (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).
Auditor	"A través de los informes de los auditores, quienes permanentemente nos están mandando un boletín de qué pacientes de esta IPS están hospitalizados; entonces, indican el nombre, la cédula, en qué clínica está y qué diagnóstico, entonces se entra a la historia y ahí aparece la nota del auditor, hace una pequeña nota y comenta en qué situación está el paciente, está crítico, no está crítico, está bien, lo van a dar de alta, etc., entonces ese es el canal que tenemos" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Mecanismos para la transferencia de información clínica entre niveles	
Circuito de referencia y contrarreferencia	
No hay contrarreferencia	"Yo pienso que es mala, porque es unidireccional. Ellos salen de aquí con la remisión completica, su resumen de historia clínica, sus exámenes, su ecografía, todo lo que se les ha hecho en el I nivel y cuando regresan no tienen nada. Escasamente les dan un papel 'control en seis meses' o les dan una fórmula, que es la misma con la que salió de aquí y ni siquiera les entregan medicamentos, pero nunca regresa una respuesta y, en muchos casos, si les hacen algún examen especializado, no llega, no nos llega a nosotros" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Registro de información insuficiente e ilegible	"El problema de este documento es que no lo llenan completo, nosotros lo vemos día a día, y el mismo problema de la legibilidad, porque no lo llenan por el sistema, sino a mano y, sobre todo, incompleta la información" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).
Falta de compromiso de los especialistas en su diligenciamiento	"[...] entonces, la referencia y contrarreferencia, eso hay que trabajarlo mucho, yo pienso que es más de conciencia y compromiso de los profesionales en el uso de los recursos y en particular ese" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).
Usuario como medio para la transferencia de la información clínica	"La información que viene en este formato de remisión está muy incompleto, entonces: 'Señor usuario, tráigame un resumen o tráigame la historia clínica en su otra institución" (gerente aseguradora, Red 1-S).
Informe de alta hospitalaria	
Transferencia de información clínica entre niveles	"Cuando el paciente sale y le dan el alta médica, a ellos les entregan un documento que es una epicrisis y digamos un resumen de la historia clínica, de todo lo que le hicieron allá, y eso lo entrega directamente la clínica, ahí explica el médico por qué ingresa el paciente, qué signos tenía, qué exámenes se le hicieron, cómo salieron los resultados, qué especialistas lo vieron, a qué conclusiones llegaron, por qué le dan la salida, con qué medicamentos le dan la salida, o con qué otras órdenes le dan la salida, y esa parte sí nos las trae el paciente a nosotros, cuando le hacemos la consulta del poshospitalizado, entonces, ese es el contacto que tenemos allá para hacerle el seguimiento" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Continúa

Como instrumento administrativo en los procesos de facturación	"No hay un mecanismo para enviar eso, nosotros ese tipo de información la estamos enviando con la factura, que es el soporte para ellos, básicamente, de ahí a que ellos retroalimenten sus ips básicas no sabría decirte, pero nosotros, si enviamos con la factura, anexamos todo el soporte clínico de lo que se le hizo al paciente" (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).
Historia clínica	
Solo se comparte entre los profesionales de las IPS ambulatorias	"En II nivel, igual nos podemos comunicar con los especialistas, por la historia, ahora es mejor porque antes era escasa, entonces ahora sí están en línea los especialistas adscritos y los especialistas en otras sedes. Con otras sedes también nos podemos comunicar, podemos ver la historia clínica de nuestros pacientes" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).
No se comparte con la red hospitalaria externa	"La historia clínica en el nivel hospitalario no se comparte con el nivel básico, aún no ocurre" (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).
Mecanismos de coordinación administrativa	
Central de referencia y contrarreferencia/línea 24 horas	"Estamos trabajando el tema de la contrarreferencia. El paciente, una vez que entra a la red hospitalaria, se mueve muy fácil, está la urgencia, la hospitalización, está articulado todo el proceso autorizador. Si el paciente requiere una remisión, contamos con una central de referencia y contrarreferencia que se llama central de acompañamiento al prestador, donde hemos logrado mejorar los tiempos de remisión de pacientes en un año que lleva operando la central, pasamos de 18 horas de remisión de pacientes a 2 horas y media" (gerente aseguradora, Red 3-C). "Existe un CRUE allá en la Gobernación, que es el que debería coordinar todo el tema de las urgencias de su territorio y debería controlar la misma red, porque supuestamente ellos son los que saben si tienen o no tienen camas disponibles, porque allá llevan un control. Pero uno ve el CRUE como un intermediario más, ¡estoy llamando del CRUE, entonces más allá de como un mediador que en realidad ejerce su función, si usted no atiende a ese usuario, yo se lo asigno a tal persona y allá el tema de la facturación ya es problema de ustedes, porque aquí se briega muchísimo para el tema de la referencia de los usuarios, no hay camas, no hay disponibilidad, entonces como políticas existen, pero no son tangibles" (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S)
Comités interniveles de referencia y contrarreferencia	"El jefe de urgencias asiste a una reunión mensual de referencia y contrarreferencia donde básicamente va a que nos den 'fuete' por las remisiones que nosotros hacemos por los códigos azules, porque de pronto a veces manda uno un paciente pues angustiado en el momento y resulta que no tocaba mandarlo así o para ellos no era tan prioritario o tan urgente o no era un código azul" (profesional de salud IPS II nivel de atención, Red 1-S). "La Secretaría motiva un espacio de encuentro entre los subgerentes de la red suroccidente, entre los gerentes de la red y revisamos asuntos de la coordinación asistencial, de referencia y contrarreferencia, convenios y demás. Los subgerentes tenemos una reunión mensual, llega el asesor de la red suroccidente de la Secretaría y nos encontramos los cuatro subgerentes y revisamos temas de coordinación" (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Capítulo 6
Desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

Natalia Morales Eraso, Carol Ximena Cardozo Guzmán,
Pierre de Paepe, Amparo Susana Mogollón-Pérez

El objetivo del capítulo es analizar el desempeño de las redes de servicios de salud en relación con la coordinación y el acceso a la atención en pacientes con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2.

La selección de estas enfermedades trazadoras obedeció a dos factores: en primer lugar, por el incremento de su incidencia con el consecuente impacto sobre las tasas de morbimortalidad en el país y que, al tratarse de enfermedades crónicas, requieren la prestación de servicios en más de un nivel asistencial, lo cual facilita identificar si el I nivel de atención resulta accesible y asegura la coordinación asistencial con los otros niveles de atención para proporcionar una respuesta oportuna de la atención especializada, como patología, cirugía, radioterapia, quimioterapia para el caso de cáncer de mama, y contribuye a prevenir o atender posibles complicaciones que se generen, como ocurre con la diabetes mellitus tipo 2.

Este análisis se hizo mediante el cálculo de una serie de indicadores definidos a partir de la revisión bibliográfica y basado en la revisión de

los registros clínicos. El proceso de elaboración y recogida de los datos está detallado en el capítulo 2.

A continuación, se muestran los resultados del desempeño de dos redes de servicios de salud para la atención de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama: una del régimen contributivo (Red 3-C) y otra del régimen subsidiado (Red 2-S) que operan en la localidad de Kennedy de la ciudad de Bogotá. Para el análisis de la atención de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, se trabajó en las dos redes anteriores y, adicionalmente, en una red del régimen contributivo (Red 4-C) que opera en el municipio de Soacha.

La fuente primaria para la recogida de datos fue la historia clínica. Para el caso de cáncer de mama, se obtuvo una muestra de 59 pacientes en la Red 2-S y 50 pacientes en la Red 3-C; en tanto que, para la diabetes mellitus tipo 2, se obtuvo una muestra de 50 pacientes en cada una de las tres redes analizadas.

Los indicadores contemplan dimensiones en el desempeño de las redes, como la calidad de la atención, el acceso y la coordinación entre niveles, mediante indicadores de proceso y de resultado. Estos indicadores fueron validados previamente mediante un pretest, como se indica en el apartado de métodos.

Los resultados muestran que, en la atención en cáncer de mama, los oncólogos son los profesionales que en mayor medida aseguran la coordinación de la atención. En cuanto a las pruebas diagnósticas, son limitadas las mamografías y ecografías mamarias que se practican a las pacientes, particularmente en la red subsidiada. En relación con el acceso, se evidencia una detección tardía de la enfermedad en la red subsidiada. Los tiempos de espera son de hasta 5 meses para iniciar el tratamiento en la red contributiva, y en la red subsidiada, los tiempos de espera entre la sospecha e inicio del tratamiento son más prolongados (alrededor de 8 meses). Estos resultados reflejan problemas de acceso al I y II nivel de atención, y de coordinación en la atención especializada, particularmente en la red subsidiada.

Los resultados en diabetes mellitus tipo 2 reflejan un inadecuado seguimiento del paciente entre niveles, particularmente en la red subsidiada, con un reducido número de exámenes de laboratorio y de consultas con especialistas. Aunque en las redes contributivas se observan resultados

algo mejores, en ninguno de los casos se cumple con las normas de atención de la enfermedad. Los indicadores de resultado también reflejan problemas de calidad de la atención, con respuestas clínicas insatisfactorias en indicadores de hemoglobina glicosilada, presión arterial y colesterol total.

Al final del capítulo se ofrece una breve discusión de los hallazgos y conclusiones finales.

Resultados del desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en cáncer de mama

Calidad de la atención

Una de las dimensiones de calidad analizadas fue el adecuado seguimiento a las usuarias, para ello se tomó como criterio que hubieran sido atendidas por un mismo profesional en tres o más ocasiones durante el año de estudio. No obstante, como no fue posible revisar la totalidad de las historias clínicas de los diferentes profesionales, específicamente oncólogos y cirujanos de mama, se analizó información cualitativa que mostró que, en la red subsidiada, el mayor seguimiento lo efectuó el oncólogo, en tanto que en la contributiva fue realizado tanto por el oncólogo como por el cirujano de mama. En los registros con información completa, se evidenció que la mayoría de las pacientes de las dos redes cumplió con el criterio de seguimiento; un hallazgo lógico en el caso de una enfermedad grave como el cáncer de mama, donde resulta primordial la estabilidad del personal.

La calidad de la atención también se refleja en la existencia de objetivos comunes de tratamiento entre los niveles asistenciales y la adherencia de los profesionales a los estándares de manejo de la enfermedad. En el caso de las guías de práctica clínica para cáncer de mama, se establecen actividades y metas para proporcionar una atención adecuada de la enfermedad y la realización de radiografías de tórax y mamografías, como una de las estrategias de seguimiento y control de la enfermedad.

En relación con la frecuencia de radiografía de tórax, para la Red 2-S, la práctica de por lo menos una toma anual se efectuó en el 76,8 % (n = 56) de las pacientes, en tanto que en la Red 3-C se llevó a cabo en el 83,7 % (n = 43) de los casos. Respecto a la frecuencia de mamografía, en la Red

2-S, solo al 15,4 % (n = 50) de las usuarias se les efectuó una toma al año, en contraste con la Red 3-C, en donde al 62,2 % (n = 50) se les practicó este procedimiento. En cuanto a la ecografía mamaria, aunque en principio no se tomó como variable de estudio, en la recolección de los datos se identificó que es usada con mayor frecuencia en la Red 3-C comparada con la Red 2-S.

Acceso a los niveles de atención

El acceso adecuado del paciente al nivel de atención requerido y acorde con su problema de salud depende en gran medida de la disponibilidad de servicios, así como de factores que determinan su utilización. Se tomaron como indicadores de acceso el estadio del cáncer de mama que registra al momento del diagnóstico y los tiempos de espera para la atención transcurridos entre las diferentes fases del proceso de atención, como la consulta con especialistas, la realización de exámenes diagnósticos y el inicio del tratamiento, que serán reportadas en medianas porque las distribuciones no son normales.

Con respecto al estadio del cáncer de mama en el momento del diagnóstico clínico (indicador del acceso al I nivel e indirectamente del *screening* en la población femenina), se encontró que, en la red subsidiada, el porcentaje acumulado de los estadios III y IV es del 68,4 % mientras que en la contributiva es del 39,9 %. En estadio II es del 23,7 % en la red subsidiada y del 46,4 % en la contributiva, y en estadio I del 7,9 % en la subsidiada y del 14,3 % en la contributiva. A continuación, se muestran las diferencias entre redes, donde la subsidiada muestra peores resultados por la detección tardía de la enfermedad.

En cuanto a tiempos de espera, aunque no existe una norma que especifique el tiempo que debe transcurrir entre la consulta en el I nivel y la primera consulta con el especialista, lo deseable es que fuera corto. No obstante, los hallazgos indican que en la Red 2-S este tiempo de espera fue de 78 días y en la Red 3-C de 50,5 días. El tiempo de espera entre la primera consulta con el especialista y la solicitud de la primera biopsia fue de 11 días en la Red 2-S y de 0 días en la Red 3-C. Respecto al tiempo transcurrido entre la orden de la primera biopsia y su realización, la mediana del tiempo de espera fue de 16 días para la Red 2-S y de 6 días para la Red 3-C.

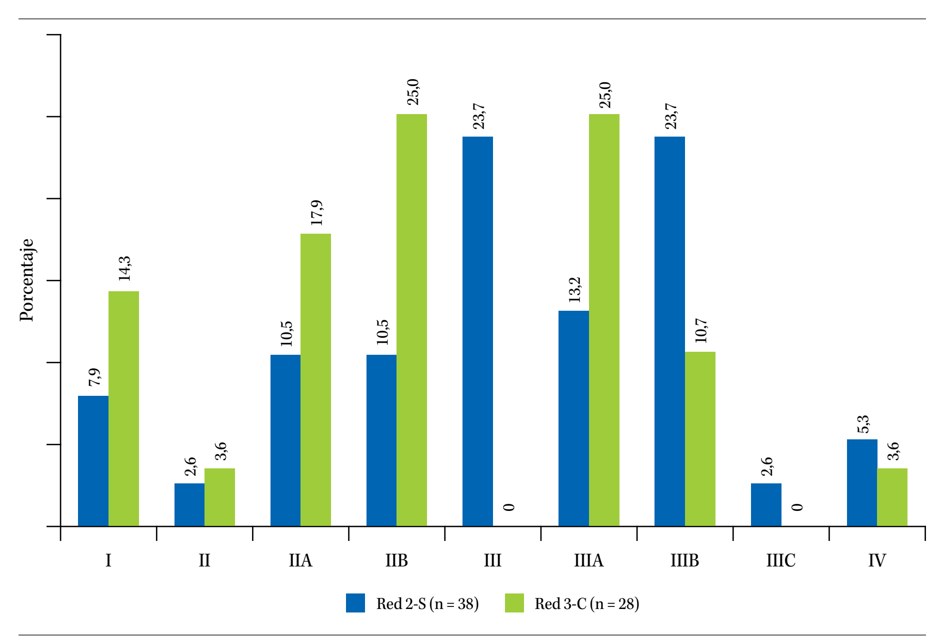


Figura 6.1. Estadio inicial del cáncer de mama, redes 2-S y 3-C, Bogotá, 2005-2010

A partir de la realización de la biopsia, se investigó el tiempo transcurrido hasta su registro en la historia clínica y se encontró que las medianas de tiempo fueron de 32,5 días para la Red 2-S y 21 días para la Red 3-C. Se calculó también el tiempo transcurrido entre la orden de la primera biopsia y el registro de su resultado por parte del médico tratante, correspondiente a una mediana de 50 días en la Red 2-S y de 30 días para la Red 3-C, datos que se acercan a la suma de los dos tiempos anteriores. Es necesario aclarar que, en cada uno de estos tiempos, el *n* sobre el que se basa el indicador varía en función de los registros disponibles y se trata de medianas que no se pueden sumar.

De igual manera, se calculó el tiempo transcurrido entre la primera consulta en el I nivel y el inicio del tratamiento, el cual mostró una mediana de 240,5 días (8 meses) para la Red 2-S y de 154 días (aproximadamente 5 meses) para la Red 3-C, lo que marca diferencias importantes frente al acceso a los servicios de salud en la red subsidiada en relación con la contributiva.

Finalmente, en cuanto al tiempo de espera entre la consulta con el médico especialista y el inicio del tratamiento (de cualquier tipo: radioterapia,

cirugía, quimioterapia), las usuarias de la Red 2-S esperaron 120 días y las de la Red 3-C, 64,5 días (tabla 6.1).

Tabla 6.1. Mediana de tiempo transcurrido (en días) en las etapas entre consulta e inicio de tratamiento, cáncer de mama, redes 2-S y 3-C, Bogotá 2005-2010

Tiempos de espera	Red 2-S	Red 3-C
Primera consulta I nivel y consulta con especialista	78 días (n = 16)	50,5 días (n = 40)
Primera consulta con especialista y solicitud de primera biopsia	11 días (n = 22)	0 días (n = 35)
Orden de primera biopsia y realización	16 días (n = 26)	6 días (n = 30)
Realización de primera biopsia y registro de resultados	32,5 días (n = 56)	21 días (n = 30)
Orden de primera biopsia y registro	*50 días (n = 27)	30 días (n = 33)
Registro de resultados de primera biopsia e inicio del tratamiento	50 días (n = 53)	31 días (n = 35)
Primera consulta en I nivel e inicio de tratamiento	240,5 días (n = 24)	154 días (n = 41)
Primera consulta con especialista e inicio de tratamiento	120 días (n = 25)	64,5 días (n = 40)

* Presenta distribución normal (prueba Shapiro-Wilk).

La figura 6.2 presenta de manera resumida los resultados de los tiempos de espera en las diferentes fases de la atención.

Resultados del desempeño de las redes de servicios de salud en relación con el acceso, coordinación y calidad de la atención en diabetes mellitus tipo 2

Calidad de la atención al paciente diabético: indicadores de proceso

Seguimiento del paciente

De acuerdo con la norma internacional de la American Diabetes Association (ADA) (American Diabetes Association, 2012), para que exista un adecuado seguimiento al usuario con diabetes mellitus tipo 2, este debe tener como mínimo cuatro consultas médicas por año. Algunos autores consideran que "cualquier paciente debe evaluarse como mínimo cada 6 meses, aunque la realización de un control cada 3 meses parece ser la frecuencia más adecuada en nuestro medio" (Batista-Moliner, 1998).

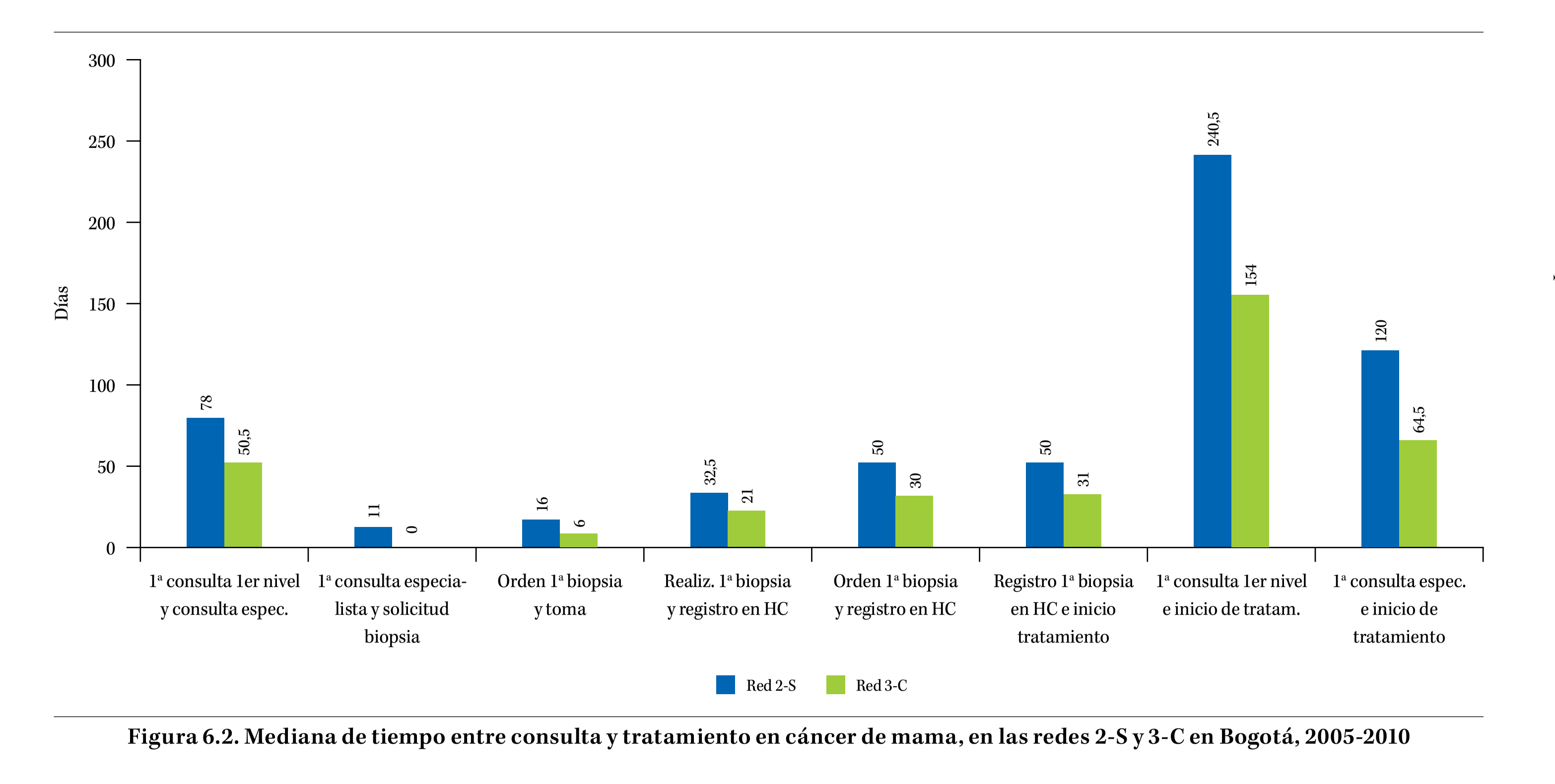


Figura 6.2. Mediana de tiempo entre consulta y tratamiento en cáncer de mama, en las redes 2-S y 3-C en Bogotá, 2005-2010

En el caso colombiano, la norma no está claramente definida, es ambigua en cuanto a la definición de consultas para diabetes mellitus tipo 2, a los responsables de su manejo y al seguimiento acorde con la presencia o no de complicaciones. No obstante, en el interior del proyecto, se consideró que, para que haya un buen seguimiento del paciente, 3 de las 4 consultas debían ser efectuadas por el mismo profesional.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que el promedio de consultas al año por medicina general fue de 4,46 para la Red 2-S; 2,92 para la Red 3-C; y 3,18 para la Red 4-C. En la atención especializada correspondió a 0,84 consultas al año para la Red 2-S; 2,18 para la Red 3-C; y 2,56 para la Red 4-C (tabla 6.4).

En relación con el seguimiento dado por un mismo profesional en tres o más consultas, para el caso de la Red 2-S se encontró que este se efectuó en menos de la mitad de los usuarios de la muestra (22 pacientes) equivalente al 44 %. En contraste, en la Red 3-C el seguimiento fue del 66 % y en la Red 4-C del 46 %, resultado que, aunque resulta superior al de la red subsidiada, dista de ser el ideal, ya que debería realizarse a la totalidad de la población diabética.

El estudio también valoró el seguimiento realizado por enfermería en el I nivel, a pesar de que en las normativas nacionales no se establece la exigencia de un número de consultas por este profesional. A este respecto se encontró un promedio de 2,02 consultas de enfermería por paciente en la Red 3-C, mientras que las redes 2-S y 4-C no alcanzan a una consulta por paciente al año, con promedios de 0,10 y 0,84, respectivamente.

Al aplicar el criterio de un adecuado seguimiento (tres o más consultas con la misma enfermera), tampoco se evidenció cumplimiento del indicador, dado que en la Red 2-S ningún paciente cumplió con el criterio (0 %), en tanto que en las redes 3-C y 4-C el porcentaje de pacientes que cumplió con dicho criterio fue del 32 % y 8 %, respectivamente.

Se evaluó también la concordancia con los lineamientos de las guías de atención, en relación con el número de pruebas diagnósticas recomendadas para el control de la enfermedad, entre ellas, la hemoglobina glicosilada y la microalbuminuria. Según la norma de la ADA, al paciente se le debe realizar una prueba de hemoglobina glicosilada cada tres meses y por lo menos una prueba de microalbuminuria al año. En ninguna de las redes estudiadas se cumplió con dicha recomendación, ya que en el caso

Tabla 6.2. Calidad de la atención en el paciente diabético: indicadores de proceso, Bogotá y Soacha, 2010

Variable	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Promedio de consultas por paciente/año			
Medicina general	4,46	2,92	3,18
Medicina especializada	0,84	2,18	2,56
Enfermería	0,10	2,02	0,84
Número de pacientes con 3 o más consultas por el mismo profesional			
Médicos (general/especialistas)	44 %	66 %	46 %
Enfermería	0 %	32 %	8 %
Hemoglobina glicosilada			
Proporción de pruebas por paciente por año	0,18	2,02	1,12
% de pacientes que cumplen norma (4/año)	2 %	12 %	0 %
Microalbuminuria			
Proporción de pruebas por paciente por año	0	0,32	0,42
% de pacientes que cumplen norma (1/año)	0 %	30 %	36 %
Oftalmología			
Proporción de valoraciones de oftalmología por paciente/año	0,14	0,18	0,30
% de pacientes que cumplen norma (1/año)	14 %	18 %	30 %
Tiempo entre la última consulta en atención especializada y la consulta subsecuente en I nivel (Fecha de control hasta 30 junio de 2011)			
Nº de pacientes con última atención especializada	15	34	34
n (disponibilidad de las dos fechas)	11	25	28
Mediana del tiempo transcurrido (días)	26	57	82,5
Intervalo	[3-279]	[7-165]	[1-399]
Tiempo entre el alta hospitalaria y la consulta de control por parte del nivel asistencial que realiza el seguimiento			
Nº de pacientes hospitalizados	4	2	4
n (disponibilidad de las dos fechas)	1	2	2
Promedio del tiempo transcurrido (días)	81	36,5	7
Valoración de pie			
% de pacientes con al menos una valoración de pie/año	52 %	72 %	58 %

de la hemoglobina glicosilada, en la Red 3-C, solo en el 12 % de los pacientes se cumple con la norma; en la Red 2-S, en el 2 %; y en la Red 4-C, en el 0 %. Similar situación se presenta con la prueba de microalbuminuria, en donde el porcentaje de cumplimiento está por debajo del 40 %: 36 % en la Red 4-C, 30 % en la Red 3-C y 0 % en la Red 2-S.

Respecto a las valoraciones por oftalmología, la ADA recomienda efectuar por lo menos un control oftalmológico anual. En ninguno de los casos se cumplió con esta norma. En la Red 4-C, tan solo 15 pacientes cumplen la norma (30 %); en la Red 3-C, 9 pacientes (18 %); y en la Red 2-S, 7 pacientes (14 %).

Otro indicador analizado fue el tiempo transcurrido entre la última cita con el especialista y la subsecuente cita de control con el responsable de su seguimiento en el I nivel. Para el cálculo de este indicador, se tuvieron en cuenta las fechas comprendidas hasta el 30 junio de 2011; debido a la distribución no gaussiana de los tiempos, se tomó como medida de tendencia la mediana, la cual fue de 26 días para la Red 2-S, 57 días para la Red 3-C y 82,5 días para la Red 4-C.

No se encontró una recomendación que sugiriera el tiempo de espera entre una hospitalización y la consulta subsecuente con el I nivel de atención. En el estudio, se evidenciaron pocas hospitalizaciones, 2 en la Red 3-C y 4 en las redes 2-S y 4-C. Sin embargo, solo se pudo determinar un tiempo de espera en la Red 2-S correspondiente a 81 días; en la Red 3-C, dos tiempos: 14 y 59 días, con un promedio de 36,5 días; y, finalmente, en la Red 4-C, los tiempos fueron de 6 y 8 días, lo que arroja un promedio de 7 días. Resultados que no permiten concluir respecto al tiempo transcurrido entre la hospitalización y consulta subsecuente.

La valoración del pie se constituyó en otro de los indicadores de proceso seleccionados para evaluar la calidad de la atención en el paciente diabético. El Diabetes Quality Improvement Project (DQIP) (Fleming, 2001) considera que los pacientes deben tener como mínimo un control anual de pie, en tanto que la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2006) sugiere que la inspección de los pies debe efectuarse cada 3 o 4 meses.

Al tomar el parámetro de contar como mínimo con una valoración anual del pie (donde se registre de manera explícita la revisión de condiciones de piel, aspectos circulatorios, sensibilidad, etc.), ninguna de las

redes cumplió con la norma: en la Red 2-S, este examen se practicó al 52 % de los usuarios; en la Red 3-C, al 72 %; y en la Red 4-C, al 58 %.

Finalmente, se hizo un análisis del funcionamiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia en las redes de estudio, mediante la confirmación de la existencia de la contrarreferencia tanto a nivel manual como en formato electrónico. Para el caso de la red subsidiada, aunque cuenta con un formato unificado de referencia y contrarreferencia en las instituciones que integran la red pública, el registro es manual al igual que la historia clínica. En este caso, la posibilidad de que se comparta información clínica entre los niveles de atención es menor, dado que es el paciente quien porta el documento y este no siempre se adjunta a la historia clínica. Es preciso señalar que, de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio cualitativo de coordinación asistencial, existen fallas en el uso del mecanismo, principalmente de la contrarreferencia. En las dos redes contributivas, se halló que estas poseen una historia clínica sistematizada, que es compartida entre los profesionales que integran las IPS ambulatorias y algunos profesionales adscritos, lo que en teoría facilitaría la revisión de la historia por cualquier tipo de profesional. No obstante, se encontró que no todos los profesionales tienen acceso a este *software,* como ocurre con algunos especialistas adscritos que laboran en IPS externas y en las IPS hospitalarias. Así mismo, se evidenció que en el *software* que contiene información sobre la historia clínica en la Red 3-C no existe un campo para el registro de la contrarreferencia, a diferencia de lo que ocurre en la Red 4-C.

Calidad de la atención: indicadores de resultado

Entre los indicadores de resultado que reflejan la calidad de la atención en el paciente diabético, se encuentran los valores de los exámenes clínicos para el seguimiento de objetivos metabólicos. En las guías de la ADA (American Diabetes Association, 2009; American Diabetes Association, 2010), se consideran como objetivos de tratamiento: glucemia preprandial entre 70-130 mg/dl, hemoglobina glicosilada < 7 %, microalbuminuria < 30 mg/g, colesterol total < 200 mg/dl y presión arterial < 130/80 mmHg. El índice de masa corporal (IMC) se considera como un factor de riesgo para diabetes en valores ≥ 25 kg/m^2.

Para la glucemia prepandial, los resultados muestran que en las tres redes menos del 50 % de los usuarios tuvieron un control adecuado, ya que las medianas de los últimos reportes fueron superiores a 130 mg/dl. La Red 4-C fue la que presentó la mayor proporción de pacientes con por lo menos una toma al año (92 %); además, se reportó que en la última medición el 30,4 % de los pacientes se encontraban controlados con valores inferiores a 130 mg/dl. En la Red 2-S, los pacientes controlados fueron el 26,7 % y, en la Red 3-C, el 31,7 % (tabla 6.3).

Según los valores de control para la hemoglobina glicosilada (HbA1c) recomendados por la ADA, se evidencia que la Red 2-S no cumple con lo establecido, ya que solo al 12 % de los usuarios se les practicó este examen con una mediana de HbA1c del 9,9 %. Por su parte, la Red 3-C, a pesar de contar con un alto porcentaje de pacientes a quienes se les realizó una o más mediciones en el año (86 %), presenta una mediana de HbA1c del 8,3 % en su última medición y solo el 11,6 % de pacientes tuvieron valores < 7 %. La Red 4-C es la que más se acerca a los estándares internacionales con una mediana de HbA1c del 6,75 %, y un 52,8 % de pacientes controlados.

En lo que compete a la microalbuminuria, se encontró que la Red 2-S no cumple con lo estipulado en las normas, dado que a ningún paciente (0 %) se le realizó esta prueba durante el año. Para la Red 3-C, se reporta una mediana en la última medición de 24,6 mg/g en el 30 % de los pacientes a quienes se les efectuó al menos una prueba; se estableció además que el 60 % de los usuarios se encontraban en un control adecuado. La Red 4-C también se acerca a los estándares, puesto que la mediana en la última medición es de 15 mg/g, muy inferior a los 30 mg/g establecidos por la ADA; adicionalmente, el 88,9 % de los pacientes se encuentran controlados.

En cuanto al colesterol total, la Red 3-C tiene el mayor porcentaje de usuarios controlados (66,7 %). Por su parte, en las redes 2-S y 4-C las medianas fueron de 212,6 mg/dl y 204 mg/dl, con un porcentaje de cumplimiento del 28,6 % y 48,8 %, respectivamente.

Para la presión arterial, según los estándares de la ADA y la guía de diagnóstico, control y tratamiento de la ALAD, se considera que un paciente con diabetes debe mantenerse en un rango de presión < 130/80 mmHg. Bajo este parámetro, la revisión de los registros mostró que, en la Red 2-S, un 23,3 % de los pacientes tienen controlada su presión arterial; en la Red 3-C, un 35,4 %; y en la Red 4-C, un 31,9 %. Estos porcentajes aumentan

si se acoge la recomendación de la International Diabetes Federation a través de las *Global guidelines* (International Diabetes Federation, 2012), que acepta valores de presión arterial < 130/80 mmHg. En este caso, en la Red 2-S el porcentaje sería del 62,8 %; en la Red 3-C, del 66,7 %; y en la Red 4-C, del 78,7 %.

El dato de IMC se obtuvo a través del registro efectuado por el médico o calculado a partir de los registros de peso y talla consignados en la historia clínica. Los resultados de este índice evidencian un incumplimiento de la meta: solo el 26,2 % de usuarios en la Red 2-S cumplen el criterio, el 12,5 % en la Red 3-C y el 25,5 % en la Red 4-C.

Tabla 6.3. Calidad de la atención a pacientes diabéticos: indicadores de resultado

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Glucemia prepandial			
% de pacientes con valores < 130 mg/dl*	26,7 % (n = 30)	31,7 % (n = 41)	30,4 % (n = 46)
Mediana de última medición	145,25	138	145,5
Intervalo intercuartil	[120-206,25]	[120-191]	[122,5-227,5]
Intervalo	[77,6-346,7]	[95-318]	[72-332]
Hemoglobina glicosilada			
% de pacientes con valores < 7 %*	0 % (n = 6)	11,6 % (n = 43)	52,8 % (n = 36)
Mediana de última medición	9,9	8,3	6,75
Intervalo intercuartil	[8,78-11,03]	[7,15-9,45]	[5,15-8,65]
Intervalo	[7,5-15,2]	[6-13,9]	[2,7-13,1]
Microalbuminuria			
% de pacientes con valores < 30 mg/g*	nd	60,0 % (n = 15)	88,9 % (n = 18)
Mediana de última medición	-	24,6	15
Intervalo intercuartil	-	[10,04-44,96]	[10,85-24,35]
Intervalo	-	[2,18-79,64]	[4,1-30,1]
Colesterol total			
% de pacientes con valores < 200 mg/dl*	28,6 % (n = 21)	66,7 % (n = 33)	48,8 % (n = 43)
Mediana de última medición	212,6	176	204
Intervalo intercuartil	[184-239]	[161-205]	[167,5-228]

Continúa

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
	n = 50	n = 50	n = 50
Intervalo	[135-320]	[120-327]	[132-371]
Índice de masa corporal			
% de pacientes con valores < 25*	26,2 % (n = 42)	12,5 % (n = 48)	25,5 % (n = 47)
Mediana de última medición	27,44	28,4	28,8
Intervalo intercuartil	[24,77-31,92]	[26,33-30,63]	[24,96-31,96]
Intervalo	[19,27-37,1]	[22,29-35,4]	[21,11-42,58]
Presión arterial			
% de pacientes con valores < 130-80 mmHg (ALAD-ADA) *	23,3 % (n = 43)	35,4 % (n = 48)	31,9 % (n = 47)
% de pacientes con valores ≤ 130-80 mmHg (IDF) *	62,8 % (n = 43)	66,7 % (n = 48)	78,7 % (n = 47)

* *n* indica la cantidad de historias clínicas con el dato del respectivo indicador registrado.

nd indica que el dato no estaba disponible.

Acceso al primer nivel de atención

El acceso adecuado tanto a la atención de I nivel como especializada se evidencia en el establecimiento de un diagnóstico temprano y en el inicio oportuno del tratamiento. Para el caso de la diabetes mellitus tipo 2, se propuso evaluar el porcentaje de diabéticos con complicaciones al momento del diagnóstico clínico, como medida del acceso al I nivel de atención. No obstante, la dificultad para determinar la fecha exacta del diagnóstico fue el principal obstáculo dentro del estudio, dado que la mayoría de los usuarios procedían de otras EPS o presentaban imprecisiones en el tiempo de evolución de la enfermedad.

En aquellos casos en los que se contó con una fecha de diagnóstico, los registros de complicaciones fueron bajos, dado que en la Red 2-S solo se encontraron 2 usuarios (n = 37); en la Red 3-C, 2 usuarios (n = 3); y en la Red 4-C, 1 usuario (n = 15). Por lo tanto, es de destacar que el registro deficiente de historias clínicas no permite la elaboración de conclusiones sobre el acceso al I nivel de atención para los pacientes diabéticos.

Diferencias entre las redes de estudios

Se observan diferencias importantes entre las redes (tabla 6.4): en las contributivas (redes 3-C y 4-C) se presenta un mayor acceso a la consulta

con especialista que en la subsidiada (Red 2-S). Los pacientes de la red subsidiada tienen más consultas en el I nivel de atención, en tanto que los de las redes contributivas tienen más consultas con especialistas. Los indicadores de control de la enfermedad favorecen a los pacientes de las redes contributivas (redes 3-C y 4-C), lo que evidencia un mejor acceso a los servicios de salud, un seguimiento y control más aceptable de su enfermedad y una mejor calidad de la atención, tanto en términos de procesos como de resultados. Esta situación refleja la inequidad entre los planes de beneficios del régimen subsidiado en relación con el contributivo en el período de la investigación (año 2010).

Tabla 6.4. Indicadores seleccionados de calidad de la atención al paciente diabético

Indicador	Red 2-S	Red 3-C	Red 4-C
Promedio de consultas con médico general	4,46	2,92	3,18
Promedio de consultas con médico especialista	0,84	2,18	2,56
% de pacientes con al menos un control de HbA1c	12 %	86 %	72 %
% de pacientes con HbA1c que cumple la norma	0 %	11,6 %	53 %
% de pacientes con al menos un control de microalbuminuria	0 %	30 %	36 %
% de pacientes con microalbuminuria que cumple la norma	0 %	60 %	89 %
% de pacientes con colesterol total que cumple la norma	29 %	67 %	49 %

Conclusiones

El análisis de la calidad de la atención mostró diferencias frente al seguimiento de los eventos trazador. En lo que compete al cáncer de mama, más del 50 % de las pacientes obtuvo seguimiento de sus casos, al tener más de tres consultas con un mismo profesional, particularmente con oncólogos y cirujanos de mama. En la diabetes mellitus tipo 2, aunque los pacientes de la red subsidiada consultan más con los médicos de I nivel y los de las redes contributivas más con especialistas, es reducido el porcentaje de usuarias que logran ser atendidas por el mismo médico en cada consulta, lo que genera un impacto negativo sobre la continuidad asistencial y el establecimiento de una relación de confianza.

Se evidencian inequidades frente a la consistencia de la atención en cáncer de mama, en lo que compete a la realización de exámenes como la mamografía y la ecografía, particularmente en la red subsidiada. Aunque

se establece que estas pruebas se constituyen en un requerimiento para la detección oportuna y el adecuado seguimiento de la enfermedad, es la red contributiva la que presenta un mayor acercamiento a los estándares internacionales.

En la diabetes mellitus tipo 2, los indicadores de proceso reflejan problemas, como el escaso número de consultas por oftalmología y de exámenes, como la microalbuminuria. La identificación de complicaciones mediante el examen de pie, la valoración oftalmológica y la realización de la microalbuminuria resultó escasa. En cuanto a los indicadores de resultado para el análisis de la consistencia de la atención, se refleja que los valores de glucemia prepandial, hemoglobina glicosilada y colesterol total se encuentran alejados de las normas establecidas. En la mayoría de los casos, indicadores de proceso deficientes conllevan que los resultados se encuentren por debajo de las normas establecidas, lo que refleja problemas frente a la calidad de la atención proporcionada al paciente con diabetes mellitus tipo 2, principalmente en la red subsidiada objeto de análisis.

En las tres redes estudiadas, existen serias falencias en el funcionamiento en red: hay pocas contrarreferencias, lo que impide que el I nivel de atención asuma el papel de coordinador que le corresponde en la atención de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, en donde el paciente debe ser tratado de manera preferente por el I nivel de atención y solo ocasionalmente referido al especialista (diabetólogo, endocrinólogo, cardiólogo, oftalmólogo, etc.), para que este a su vez lo contrarrefiera al I nivel con la información clínica necesaria para continuar su tratamiento de una forma consistente y eficaz. En el caso de las redes contributivas que disponen de una historia clínica sistematizada para buena parte de los proveedores, la contrarreferencia adquiere poco significado, dado que el médico teóricamente puede encontrar la información sobre las consultas y los exámenes de su paciente en los sistemas establecidos para tal fin. Un elemento adicional que debe tenerse en cuenta es que las redes muchas veces contratan el pago por cápita en el I nivel y el pago por evento en el nivel especializado, lo que puede constituirse en un incentivo negativo para el funcionamiento de la referencia y la contrarreferencia que impide la adecuada articulación entre niveles asistenciales.

Se reportaron problemas de acceso para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, principalmente en la red subsidiada, donde el 68,4 % de

las pacientes llega a la consulta en estadios avanzados de la enfermedad (III y IV) y, en algunos casos, sin siquiera precisarlo, con el consecuente riesgo de diseminación del tumor y de incremento en la mortalidad. Tal situación da cuenta de la fragmentación de la atención, del incumplimiento de los roles de los distintos niveles de atención, como ocurre con el I nivel, en donde se evidencian dificultades para la realización periódica de mamografías a las mujeres pertenecientes a la red subsidiada. Adicional a estas barreras de acceso a los servicios de salud, se encuentra la debilidad legislativa por la falta de inclusión de la mamografía preventiva periódica en el paquete de servicios del POS-S, situación que se presentaba de manera común antes de la equiparación de los planes de beneficios.

En lo que compete a los tiempos transcurridos entre la primera consulta con el especialista y el inicio del tratamiento, que se constituye en un indicador del acceso intranivel, se evidencia una demora de 64,5 días para la red contributiva y de 120 días para la subsidiada. De otra parte, como indicador de acceso entre niveles de atención, se encontró que el tiempo transcurrido entre la consulta de I nivel y la consulta con especialista fue de 154 días para la red contributiva y de 240,5 días para la subsidiada, cifras que superan ampliamente las recomendaciones establecidas a nivel internacional y ratifican las amplias dificultades que enfrentan las pacientes para lograr ser atendidas dentro del SGSSS.

Los tiempos de espera entre la sospecha de cáncer de mama e inicio del tratamiento en la red contributiva resultan superiores a los datos internacionales, que recomiendan un tiempo no superior a tres meses, lo que indica una coordinación inadecuada entre la puerta de entrada —el I nivel— y el nivel especializado, y de este con los servicios diagnósticos involucrados en el proceso. La red subsidiada denota una demora aún mayor entre la primera consulta y el inicio del tratamiento, tiempo que resulta suficiente para que el tumor evolucione y la persona pase a otro estadío con un pronóstico menos favorable frente al tratamiento de su enfermedad. Tales diferencias entre regímenes de aseguramiento parecen éticamente injustificables en un sistema de salud que pretende ofrecer cobertura casi universal y acceso equitativo a los servicios de salud.

Queda claro que transcurridos veinte años del proceso de reforma asumido tras la adopción de la Ley 100 de 1993 persisten inequidades que resultan inaceptables entre los regímenes subsidiado y contributivo

en cuanto al control de la diabetes mellitus tipo 2 y el manejo del cáncer de mama. Indudablemente, los resultados en el control de enfermedades crónicas reflejan la calidad del sistema de salud. Hacen falta esfuerzos para realizar una verdadera gestión de la enfermedad en el caso de la diabetes mellitus tipo 2 (sin que esto implique la creación de programas verticales), con coordinación efectiva entre niveles de atención, un seguimiento longitudinal por parte del I nivel, por lo que se precisan contratos estables para los profesionales, el involucramiento de un especialista que facilite la transición entre niveles de atención para la gestión de caso individual, la unificación de los sistemas de información y la eliminación de incentivos que obstaculizan la coordinación de la atención.

Capítulo 7
La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

Josefina Chávez Chávez, Margin del Socorro Martínez,
Sandra Carolina Valencia Lara,
Amparo Susana Mogollón-Pérez, Joan Sabater,
Jean-Pierre Unger

El objetivo del capítulo es presentar los resultados de las redes de servicios de salud en relación con su objetivo intermedio de continuidad asistencial y los factores internos y del contexto que la influencian, mediante un estudio de caso de mujeres con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. Para este análisis, se empleó la información obtenida de las entrevistas efectuadas a las usuarias (7 mujeres con cáncer de mama y 11 con diabetes mellitus tipo 2) y a sus médicos tratantes, así como la revisión de las historias clínicas de los niveles de complejidad que manejaron sus casos. La descripción detallada del proceso se encuentra en el capítulo 2.

La continuidad asistencial en usuarias con cáncer de mama

A partir del marco teórico, los resultados se presentan con base en los tipos de continuidad y sus dimensiones. En primer lugar, se describe la continuidad de la gestión clínica, en la que se identifican las condiciones

que incidieron en la accesibilidad entre niveles asistenciales y los factores que determinaron la consistencia de la atención y la flexibilidad del tratamiento. En segundo lugar, la continuidad de información, mediante la identificación de factores que afectaron la transferencia y utilización de la información clínica entre niveles asistenciales y el conocimiento acumulado de los profesionales acerca de los casos de las usuarias. En tercer lugar, se describe la continuidad de relación por medio de la identificación de determinantes que incidieron en el vínculo entre la usuaria y el proveedor, y la consistencia de proveedores de la atención durante la trayectoria asistencial de las usuarias.

Continuidad de la gestión clínica

En el discurso de las entrevistadas, emergieron discontinuidades en las diferentes fases de la trayectoria asistencial como consecuencia de problemas relacionados con la accesibilidad entre niveles asistenciales, que fueron atribuidos a elementos asociados con las políticas y el modelo de aseguramiento, al papel de intermediación de las aseguradoras y, en algunos casos, por condiciones inherentes a los prestadores, factores que impactaron en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas (tablas 7.1 y 7.9). En lo que compete a la consistencia de la atención, estuvo influida por la percepción de regularidad en la atención proporcionada por los especialistas. No obstante, hubo discrepancias por fallas en la detección de complicaciones y falta de acuerdo entre profesionales respecto al tratamiento más indicado. Con excepción de algunos casos en la red contributiva, la mayoría de las usuarias de las distintas redes percibieron una adecuada flexibilidad en el tratamiento, dado que los médicos tratantes realizaron ajustes a partir de sus necesidades y acorde con la información proporcionada por otros especialistas (tablas 7.2 y 7.10).

Accesibilidad entre niveles asistenciales

Para la mayoría de las usuarias de las redes analizadas, las barreras de accesibilidad fueron generadoras de discontinuidad a lo largo de la trayectoria asistencial, que afectaron de manera predominante a las afiliadas de las redes subsidiadas. Durante la fase prediagnóstica, se identificaron como problemas la búsqueda tardía de atención y los tiempos de espera prolongados para la asignación de citas con medicina general. En la fase

diagnóstica, persistieron los tiempos de espera prolongados para la realización de las pruebas tendientes a la confirmación de la enfermedad, que llevaron en la mayoría de los casos a diagnósticos tardíos. Finalmente, se señalaron problemas tanto en el inicio del tratamiento como en el seguimiento, que llevaron a interrupciones en este.

Fase prediagnóstica

Los testimonios de las usuarias de las tres redes estudiadas evidenciaron ausencia de información y valoración relacionada con estrategias de detección temprana de la enfermedad. En las redes subsidiadas, las usuarias señalaron la búsqueda tardía de atención debido a factores personales, como falta de conocimiento sobre la enfermedad y subestimación de los síntomas, elementos que favorecieron la progresión del cuadro clínico. En la red contributiva, las usuarias manifestaron que, tras los primeros síntomas, buscaron atención médica de inmediato, ya que tenían conocimiento de la enfermedad y asistían a controles con especialistas que les atendían otras condiciones de salud: "*Estaba en el proceso de hacer exámenes de barrido [de cáncer de mama] con mi mamá y una noche llegué de trabajar y en mi brasier noté que había una gota de agua, entonces a raíz del proceso que llevaba con mamá, dije aquí puede estar pasando algo… así que pedí de inmediato cita con el médico*" (usuaria 3, Red 3-C).

La mayoría de las usuarias de las tres redes identificaron tiempos de espera prolongados para la asignación de la primera cita con medicina general, situación más crítica en las redes subsidiadas en donde tres usuarias tuvieron que esperar entre 1 y 2 meses. En algunas de ellas, las demoras se debieron a problemas en la depuración de la base de datos de afiliados de la EPS, que llevaron a la pérdida de afiliación: "*Pues eso que un día cualquiera fui a pedir cita a médico general y me dijeron que no estaba en el sistema, […] pero no sabíamos por qué nos habían sacado. O sea que había sido desde la Secretaría de Salud, que habían sacado mucha gente del sistema […]*" (usuaria 1, Red 1-S). En las usuarias de la red contributiva, las demoras se asociaron al déficit de profesionales para la atención en I nivel, lo que trajo como consecuencia la progresión del cuadro clínico y la falta de claridad sobre el manejo por seguir.

Una vez recibieron atención médica y les fueron prescritos exámenes para la confirmación diagnóstica, las usuarias de las redes subsidiadas,

contrario a lo que sucedió con las usuarias afiliadas a la red contributiva, describieron tiempos de espera prolongados para la realización de la ecografía y la mamografía, que atribuyeron a demoras en la asignación del prestador de servicios para la usuaria que recibía atención en una zona rural: "*No daban respuesta [del prestador asignado para la realización de la mamografía], y yo no tenía la facilidad de investigar el porqué, me devolví para el campo y así me tuvieron como 10 meses y nunca llegó*" (usuaria 2, Red 1-S); en tanto que, en otros casos, se señaló la baja disponibilidad de las agendas para la programación del procedimiento. En una de las usuarias, la mamografía le fue negada porque se encontraba en un rango de edad inferior al establecido dentro del plan de beneficios. Estas demoras conllevaron el empeoramiento del cuadro clínico y, en algunos casos, el incremento en el gasto de bolsillo, al asumir la familia el costo de las pruebas diagnósticas.

Fase diagnóstica

Tanto en el discurso de las usuarias como en los registros clínicos se evidenciaron tiempos de espera menores en la red contributiva para el acceso a la consulta especializada y la realización de biopsias (entre 11 y 15 días) en comparación con las redes subsidiadas (entre 1 y 8 meses). En las redes subsidiadas las demoras se debieron a los trámites de autorización, así como a problemas para la asignación del prestador por parte del asegurador: "*Duré 8 meses esperando para dónde me trasladaban, yo sentía mi seno más grande y fue cuando llamé a este hijo y me dijo: 'Mamá, véngase, usted allá se muere', y me vine y seguí con el proceso acá*" (usuaria 2, Red 1-S). En lo que compete al prestador, se señalaron tiempos de espera prolongados para la programación de citas y fallas en cuanto a la información proporcionada: "*Pasó desde abril hasta septiembre que me dieron la cita, pues en el hospital me decían que cita no había*" (usuaria 2, Red 2-S); elementos que conllevaron un retraso en la confirmación del diagnóstico y en el posterior inicio del tratamiento. En uno de los casos, la pérdida de la historia clínica incrementó las demoras y la usuaria debió reconstruirla con registros clínicos que conservaba o a través de su memoria: "*Pues yo ya tenía los resultados de la mamografía y allá nuevamente me tomaron los datos, porque la historia se perdió, entonces, se me demoró un poco más para que me hicieran la biopsia*" (usuaria 1, Red 2-S).

En la red contributiva, el discurso de las usuarias y los registros clínicos confirman tiempos de espera reducidos para el acceso a consulta por cirugía de mama. Solo una usuaria refirió que fue derivada a otra especialidad, lo que generó demoras en el diagnóstico.

Respecto a los tiempos de espera para la realización de las pruebas de extensión, las usuarias de la red contributiva señalaron que la fragmentación de la atención y el exceso de trámites ante el CTC requeridos para la autorización de insumos para la gammagrafía demoró la confirmación del diagnóstico. En una de las usuarias de la Red 1-S, la espera de cinco meses para la toma de las pruebas de extensión fue producto de sus creencias religiosas al intentar recibir otro tipo de abordaje para su enfermedad.

Fase de tratamiento y seguimiento

En el inicio de la atención oncológica, se evidenciaron mayores dificultades en las usuarias afiliadas a las redes subsidiadas, ya que el tiempo de espera fue mayor en estas redes (entre 1 y 2 meses), en comparación con la red contributiva (entre 15 y 25 días). En las redes subsidiadas, se debió a la realización de trámites de autorización ante la aseguradora y a la baja disponibilidad de oncólogos en una de las redes, que, asociado a las fallas en el mecanismo telefónico de solicitud de citas por parte de los prestadores, implicó retraso en el inicio del tratamiento. Solo la usuaria de la Red 1-S que pospuso la realización de las pruebas de extensión por sus creencias religiosas, de igual manera, demoró 10 meses para iniciar el tratamiento, lo que condujo a un avance significativo de su cuadro clínico cuando finalmente decide dar inicio al tratamiento.

Durante esta fase, las usuarias de las tres redes coincidieron en que debieron realizar trámites ante la EPS para la autorización de las diferentes modalidades de tratamiento. Sin embargo, solo una de las usuarias de la red contributiva hizo referencia a los trámites adicionales que debió efectuar ante el Comité Técnico Científico (CTC) para la autorización de los medicamentos y procedimientos no POS requeridos: "*Las quimioterapias, los medicamentos, todos iban por CTC [...], a mí me correspondía ir a llevar al CTC la autorización [...], el TAC, el del corazón, mi cirugía también tuvo que pasar por CTC [...], luego esperar 10 días hábiles, a veces se podían convertir en 15*" (usuaria 3, Red 3-C). En una usuaria de la red contributiva, la falta de acuerdo entre el CTC y el cirujano de mama sobre

el procedimiento quirúrgico autorizado implicó la realización de nuevos trámites y mayores tiempos de espera para acceder al tratamiento.

En las tres redes, las usuarias experimentaron en algún momento discontinuidad en el tratamiento de quimioterapia o radioterapia. En las redes subsidiadas, la suspensión temporal del tratamiento de quimioterapia se debió a los cambios efectuados por las EPS frente a la contratación de proveedores. Una de las usuarias de la Red 2-S experimentó discontinuidad ocasionada por la poca información proporcionada por la EPS sobre los trámites de autorización y asignación de citas, por errores en el diligenciamiento de las órdenes por parte de los prestadores y, en uno de los casos, por el olvido de una de las usuarias de los trámites, lo que implicó demoras en la realización oportuna de la quimioterapia. En la red contributiva, una usuaria manifestó tiempos de espera prolongados para la valoración y el manejo de complicaciones, lo que le obligó a interrumpir la radioterapia durante cinco meses. También reportó dificultades para el tratamiento de las complicaciones odontológicas derivadas de la quimioterapia, que le fue negado por ser considerado no POS, lo que la llevó a interponer una acción legal para acceder a la atención.

Tabla 7.1. Síntesis de accesibilidad entre niveles asistenciales en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad entre niveles asistenciales			
Accesibilidad fase prediagnóstica			
Estrategias de detección temprana	Inasistencia programas de tamización	Ausencia de valoración clínica de la mama Falta de información sobre autoexamen de la mama Subestimación de síntomas por parte del profesional tratante	Ausencia de valoración clínica de la mama Falta de información sobre autoexamen de la mama
Búsqueda inicial de atención	Tardía	Tardía	Inmediata
Atención médica inicial	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados
Realización de mamografía y ecografía	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos

Continúa

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad fase diagnóstica			
Programación de primera cita con especialista	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos
Realización de exámenes diagnósticos	Biopsia y pruebas de extensión: tiempos de espera prolongados	Biopsia: tiempos de espera prolongados	Biopsia: tiempos de espera oportunos Pruebas de extensión: tiempos de espera prolongados
Accesibilidad fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad			
Inicio tratamiento oncológico	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera prolongados	Tiempos de espera oportunos
Desarrollo del tratamiento oncológico	Interrupción quimioterapia	Interrupción quimioterapia	Interrupción radioterapia

Consistencia de la atención

En relación con la consistencia de la atención, hubo diferencias de opinión en el interior de las redes y entre redes en cuanto a la coordinación/colaboración entre proveedores, la secuencia de la atención y el seguimiento adecuado de los casos.

La coordinación/colaboración entre proveedores fue percibida de manera diferencial. En lo que compete a la colaboración evidenciada entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, usuarias y médicos tratantes de la Red 1-S y la Red 3-C coincidieron que no hay acuerdo en la planeación y realización del tratamiento, ya que cada uno maneja la enfermedad desde el nivel que le corresponde y, una vez la usuaria es atendida por el especialista, no vuelve a ser remitida al I nivel. En relación con la colaboración entre proveedores de un mismo nivel asistencial, en este caso entre especialistas, hubo diferencias en los discursos tanto en el interior de la red como entre redes. Algunos informantes de la Red 1-S y la Red 3-C defendieron la existencia de una adecuada colaboración entre proveedores, que evidenciaron en el interés por proporcionar un manejo integral de la enfermedad, en la identificación de necesidades de remisión a otros profesionales y en el ajuste del tratamiento acorde con la opinión emitida por otros especialistas: "*Ella me dijo pues que había que iniciar quimioterapia, pero que primero me tenía que ver el cirujano a*

ver qué decidía […], que el cirujano dijera qué había que hacer" (usuaria 1, Red 1-S). En el interior de la Red 3-C, se destacaron algunas diferencias de opinión, mientras una usuaria reivindicó la existencia de la Junta de Oncología como instancia para la toma de decisiones conjunta entre los distintos especialistas, las demás enunciaron la falta de acuerdo entre el cirujano de mama y la Junta de Oncología frente al manejo de sus casos, así como entre los distintos profesionales frente al abordaje de sus complicaciones, situaciones que desde su perspectiva conllevaron un aumento en los tiempos de espera para el inicio del tratamiento, desconfianza frente a los procedimientos quirúrgicos requeridos y un incremento de las consultas a los servicios de urgencias: "*El oncólogo me mandó una resonancia, yo la llevé al neurólogo, me dijo: 'Eso no sirve para nada; siendo un oncólogo, tiene es que mandar lo que es, ¡qué resonancia!; usted tiene que irse por un TAC', y me lo hicieron y no tenía nada […], me parece mal, o sea, yo pienso que ellos nunca se comunican las enfermedades de los pacientes*" (usuaria 1, Red 3-C).

En cuanto a la secuencia de la atención, la mayoría de las usuarias de las tres redes y sus registros clínicos señalaron que, una vez se corroboró la presencia de lesiones en la mamografía o la ecografía, fueron remitidas desde el I nivel de atención hacia el nivel especializado para la toma de la biopsia. No obstante, dos usuarias, una de la red contributiva y otra de las redes subsidiadas consideraron que los médicos subestimaron los síntomas, lo que llevó a una progresión del cuadro clínico y a una confirmación tardía de su diagnóstico. Una vez iniciado el tratamiento, el manejo de la enfermedad se supeditó al ámbito especializado, con interconsultas entre especialistas para la realización de las distintas opciones de tratamiento y el manejo de complicaciones: "*El oncólogo me decía: 'Qué tiene, qué le duele', yo le comentaba, entonces él me mandaba donde los especialistas, me mandó a donde el neurólogo porque de tanta quimioterapia quedé con un dolor fuerte a la cabeza*" (usuaria 1, Red 3-C). Ninguno de los casos fue derivado nuevamente al I nivel de atención.

En lo que respecta al seguimiento de los casos, en la mayoría de los discursos de las usuarias de las tres redes, así como en la información obtenida de los registros clínicos, se evidenció regularidad en la atención proporcionada por los especialistas durante el tratamiento y los controles subsiguientes. En todas las redes, las citas de control eran programadas

por el oncólogo de acuerdo con el esquema de manejo planteado. Dicho seguimiento buscaba identificar los resultados del tratamiento mediante la valoración clínica y pruebas de laboratorio: "*Antes de someterme a una quimioterapia, el oncólogo miraba los exámenes de laboratorio para poderme mandar la quimioterapia*" (usuaria 1, Red 3-C). En la red contributiva, donde el seguimiento también lo efectuaba el cirujano de mama, las usuarias indicaron la existencia de controles periódicos para el seguimiento de sus casos. Una vez finalizado el tratamiento oncológico, las usuarias indicaron que los controles les fueron programados cada 3 o 4 meses, con las pruebas de laboratorio de rutina y la vigilancia de la recurrencia de la enfermedad.

En lo que respecta al manejo y seguimiento de las complicaciones asociadas al tratamiento, la mayoría de las usuarias de las tres redes que las desarrollaron manifestaron que la atención inicial era proporcionada por los servicios de urgencias y, posteriormente, el control era retomado por sus médicos tratantes. No obstante, en la red contributiva, una de las usuarias señaló fallas por parte de los especialistas en el seguimiento de las complicaciones derivadas del tratamiento, que atribuyó a la subestimación que le efectuaron de sus síntomas: "*Cuando nos dimos cuenta fue cuando ya me reventó eso [absceso quirúrgico] y, como las citas son cada tres meses pues imagínese, yo siempre decía tengo algo ahí [...], ellos decían que era normal, que era por la cirugía y luego que se colocaba colorado por la radiación [...], yo pienso que, de pronto, tanto el cirujano como el oncólogo tal vez hubieran hecho otro examen o alguna cosa [...], como más controles, como más exámenes*" (usuaria 2, Red 3-C).

Flexibilidad del tratamiento

En opinión de la mayoría de informantes de todas las redes, los profesionales realizaron ajustes al tratamiento a partir de los resultados de los exámenes, la preferencia de las usuarias y los efectos secundarios del tratamiento. Las usuarias destacaron que dicho ajuste favoreció el adecuado manejo del impacto que tuvo el tratamiento en su condición de salud, aumentó la confianza en la calidad técnica del profesional y su participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento: "*El doctor X me había formulado nueve ciclos, pero el doctor Y me dijo: 'Vamos a hacer la totalidad de lo que dice el doctor X y vamos mirando el proceso en el camino*

[...]; con la primera quimio, a mí me redujo cuatro centímetros el tumor, y, por eso, él decidió en la quimio cuatro que me iba a hacer solamente cinco, por lo bien que me fue" (usuaria 2, Red 2-S).

Tabla 7.2. Síntesis de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Consistencia de la atención			
Colaboración entre proveedores	**Entre niveles asistenciales**		
	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento
		Intraniveles (especialistas)	
	Interés por manejo integral de la enfermedad Identificación de necesidades de remisión Ajustes tratamiento acorde a opinión de otros especialistas		Interés por manejo integral de la enfermedad Identificación de necesidades de remisión Ajustes tratamiento acorde a opinión de otros especialistas Junta de oncología: toma de decisiones conjuntas
			Divergencia de opiniones sobre acuerdo entre Junta Oncológica y cirujano de mama
Secuencia de la atención	Remisión adecuada a especialistas	Remisión adecuada a especialistas	Remisión adecuada a especialistas
		Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista en un caso	Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista en un caso
Seguimiento apropiado	Controles periódicos durante tratamiento oncológico	Controles periódicos durante tratamiento oncológico	Controles periódicos durante tratamiento oncológico
	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas	Atención y seguimiento de complicaciones: servicios de urgencias y especialistas
			Falta de seguimiento a complicaciones en una usuaria
Flexibilidad del tratamiento			
Ajustes al tratamiento	Acorde a necesidades de las usuarias	Acorde a necesidades de las usuarias	Acorde a necesidades de las usuarias

Continuidad de información

En los discursos de las usuarias sobre la continuidad de información, se destacó el problema asociado con la transferencia de información, el cual resultó complejo en todas las redes debido al escaso uso de mecanismos formales, pues la historia clínica en la mayoría de los casos no estaba sistematizada y no se compartía. Se señalaron fallas en la información brindada por los especialistas sobre la enfermedad y el tratamiento, particularmente con algunos oncólogos y la poca importancia que algunos médicos tratantes le conceden al conocimiento acumulado en relación con los valores, creencias y contexto social de las usuarias (tablas 7.3 y 7.11).

Transferencia de información

Las usuarias convergen en identificar ausencia de mecanismos formales de transferencia de información entre niveles asistenciales, hecho que coincide con lo señalado por uno de los médicos tratantes, ya que no existe historia clínica sistematizada que le permita al especialista conocer la trayectoria asistencial de las usuarias desde el I nivel de atención: "*No hay información porque yo no tengo la historia, deberíamos tener una historia de I nivel o una historia de consulta en su sitio de I nivel y esto sí nos puede decir a nosotros qué pasó*" (médico tratante, usuaria 2, Red 2-S). Aunque se evidencian avances en la red contributiva para la sistematización de la información que inciden en un mayor conocimiento de los casos, algunos profesionales adscritos no tienen acceso a la historia clínica electrónica.

La inexistencia de mecanismos formales de transferencia de información en las tres redes genera desconocimiento de los casos, interfiere en el flujo de información entre niveles asistenciales y traslada la responsabilidad de su transferencia a las usuarias o sus familias: "*A mí me tocaba traer los resultados [...], yo iba y reclamaba los resultados y volvía a pedir la cita para llevárselos al doctor [...]; tenía que ir a recoger los exámenes, para llevárselos al médico*" (usuaria 1, Red 3-C).

En el discurso de las usuarias de las distintas redes, se evidenciaron discrepancias frente a la entrega de información por parte de los profesionales. Algunas usuarias de la Red 1-S señalaron que el oncólogo les proporcionó explicaciones acerca de la enfermedad, sobre el tratamiento requerido y les brindó indicaciones acerca del manejo. No obstante, para

otro grupo de usuarias, existieron fallas en la entrega de información, dado que fue gracias a su iniciativa que obtuvieron la información requerida: "*Las inquietudes sí me las resuelve porque se las pregunto, pero que le aclare a uno por decisión propia del oncólogo no, uno tiene es que estar es preguntando, por qué salió esto, por qué salió mal esto, por qué esto*" (usuaria 1, Red 3-C). Respecto al cirujano de mama, emergieron opiniones diversas entre las usuarias de la red contributiva y una de las redes subsidiadas. Las afiliadas a la red contributiva enunciaron suministro de información adecuada sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados, contrario a lo que evidenciaron las usuarias de una de las redes subsidiadas.

La entrega de información oportuna por parte de los especialistas tuvo como impacto un mayor conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, así como una mejor detección, prevención y manejo de posibles complicaciones. Por su parte, para quienes identificaron fallas en la entrega de información, hubo mayor desconocimiento de las características de la enfermedad por parte de las usuarias y la búsqueda tardía de atención para las complicaciones. Una de las usuarias de la red contributiva reconoció que durante el tratamiento quimioterapéutico encontró en la IPS un grupo de apoyo interdisciplinario que le suministró información sobre el manejo nutricional y psicológico requerido, lo cual incrementó el grado de conocimiento sobre la enfermedad, la motivación para enfrentarla y la vinculación de la familia en el proceso.

Conocimiento acumulado

Las usuarias discreparon en relación con la importancia conferida por los profesionales al conocimiento de sus factores contextuales. Algunas usuarias de la Red 1-S y Red 3-C evidenciaron interés por parte de oncólogos y cirujanos de mama en torno a sus factores contextuales, que, en consecuencia, incrementó la confianza mutua, mejoró la comunicación y favoreció el involucramiento de la familia en el tratamiento. En contraste, en la Red 2-S y una minoría de usuarias en la Red 3-C percibieron su ausencia y consideraron que dicha situación afectó la comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento por parte de las usuarias: "*Para el oncólogo, yo era una paciente como todas [...], él solamente sabe de mi enfermedad y de lo mío ya por el tiempo que llevo con él y porque lo busca a uno en el sistema y ya tiene mi historia [...], sabrá por el sistema*

que soy casada pero de resto no [...], eso no facilita el diálogo entre nosotros [...], es como una barrera entre el médico y el paciente, y eso no debería ser así porque el oncólogo es el médico para toda la vida" (usuaria 1, Red 3-C).

Tabla 7.3. Síntesis continuidad de información en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Transferencia de información			
Mecanismos formales de transferencia	Historia clínica no sistematizada	Historia clínica no sistematizada	Historia clínica sistematizada en IPS ambulatoria propia Historia clínica no compartida con profesionales adscritos
Mecanismos informales	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica	Usuarias responsables de la transferencia de información clínica
Entrega de información a las usuarias	Oncólogo: adecuada información sobre el tratamiento	Oncólogo: diferencias en opinión proporcionada entre oncólogos Cirujano de mama: adecuada información sobre la enfermedad y el tratamiento	Oncólogo: diferencias en opinión proporcionada entre oncólogos Cirujano de mama: adecuada información sobre la enfermedad y el tratamiento Grupos de apoyo interdisciplinario que brindan información
Conocimiento acumulado			
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	Interés de oncólogo por contexto social y familiar de las usuarias	Desconocimiento del oncólogo del contexto social y familiar	Desconocimiento del oncólogo del contexto social y familiar Interés de cirujano de mama por contexto de usuarias

Continuidad de relación

Aunque las usuarias de las tres redes identificaron al oncólogo como el responsable de su manejo, manifestaron la existencia de un gran número de prestadores con los que tuvieron contacto, producto de la compra fragmentada de servicios y el cambio de proveedores. Una gran parte de las usuarias coincidió en que las características personales y las condiciones en las que opera el sistema de salud interfieren con el establecimiento de una relación de confianza (tablas 7.4 y 7.12).

Vínculo entre las usuarias y los profesionales

Durante las diferentes etapas de la trayectoria asistencial, las usuarias de las tres redes fueron atendidas por un amplio número de profesionales, sin embargo, coinciden en identificar al oncólogo como el médico tratante, dado que fue el profesional responsable de determinar la secuencia de las diferentes modalidades de tratamiento y efectuó mayor seguimiento de sus casos. Los registros clínicos ratifican esta percepción: "*Él, dentro del grupo de trabajo, es la cabeza visible, no se hace nada si él no dice sí, así haya la junta, [...], porque es él quien conoce mi caso, es él quien me hace los exámenes, es el que me revisa, es el que psicológicamente sabe cómo estoy yo, aunque yo puedo llegar allá y encontrar a la doctora [cirujana de mama], no es lo mismo que si lo supiera el doctor*" (usuaria 2, Red 2-S).

Existen importantes discrepancias entre las usuarias de las redes subsidiadas y la contributiva frente al establecimiento de un vínculo de confianza con el médico tratante. Para la mayoría de las usuarias de las redes subsidiadas, existió una relación de confianza que facilitó la comunicación con el oncólogo; en tanto que en la red contributiva, la mayoría señaló barreras para establecer un adecuado vínculo con este profesional. Situación opuesta a la que experimentaron estas últimas en la relación con el cirujano de mama, quien favoreció el diálogo y proporcionó un trato amable hacia las usuarias.

Dentro de los impactos positivos de una relación de confianza con los médicos tratantes, se indicó una mayor adherencia al tratamiento, mejor comunicación con el profesional para indagar acerca de su enfermedad, mayor confianza en el manejo clínico recibido y la percepción de que los ajustes al tratamiento concuerdan con sus necesidades y expectativas: "*Él le da como esa confianza a uno, la confianza de paciente a médico, y ese doctor se deja hablar, le pregunta a uno, ese doctor [cirujano de mama] es mejor dicho uno A*" (usuaria 1, Red 3-C). En contraste, la falta de confianza en el oncólogo de la red contributiva y, en uno de los casos, de las redes subsidiadas no permitió el establecimiento de una adecuada comunicación para la resolución de dudas sobre la enfermedad y el tratamiento requerido.

En el discurso de las usuarias, se encontró una estrecha relación entre el establecimiento de un vínculo de confianza y la percepción de interés de los profesionales por los casos. En aquellos discursos en los que se

señala interés y preocupación de los médicos por sus casos —oncólogo en las redes subsidiadas y cirujano de mama en la contributiva—, se encontró que el conocimiento de las condiciones individuales y sociales de las pacientes facilita la resolución de inquietudes, la derivación a otros profesionales y el contacto y la comunicación en caso de emergencias: "*Él [cirujano de mama] me dijo que cualquier cosa lo llamara a la clínica, me dijo: 'Me llama y me deja cualquier razón, que yo le devuelvo la llamada'. Le dije: 'Bueno, doctor'. Y dijo: 'En caso de cualquier caso grave, tiene que hospitalizarse, que la hospitalicen, pero no, usted salió muy bien, no hay necesidad de nada*" (usuaria 1, Red 3-C). Por su parte, quienes perciben que no existe interés de los profesionales por sus casos manifiestan que la atención se centra en la planeación del tratamiento y el control de sus resultados, lo que limita la comunicación, la comprensión y el manejo de la enfermedad y sus complicaciones.

Consistencia de personal

Las usuarias de las tres redes señalaron la existencia de un gran número de prestadores con los que tuvieron contacto, lo que impactó en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas. En su opinión, estos factores impiden el desarrollo de un vínculo de confianza con los proveedores, el conocimiento a profundidad de los casos y la integralidad de la atención.

Respecto a la consistencia de personal que tuvo a cargo la atención de las pacientes desde la detección de la enfermedad hasta el tratamiento, se evidenció en el discurso de las usuarias, así como en sus registros clínicos, la existencia de un mayor número de proveedores en la Red 2-S. Esta circunstancia fue atribuida a los mecanismos de compra y a la duración de los contratos establecidos por las aseguradoras que conllevan la compra fragmentada de servicios y la rotación de proveedores: "*Pues me tocó cambiar de oncólogo cuando se terminó el convenio [...], el otro doctor permaneció atendiéndome y haciéndome controles hasta que duró el contrato*" (usuaria 2, Red 2-S). Adicionalmente, en una de las redes subsidiadas, se mencionó que la rotación de prestadores obedecía a que la provisión de servicios estaba soportada por médicos en proceso de formación posgradual (residentes), en tanto que en la red contributiva el cambio de proveedor fue solicitado por una usuaria, al no estar conforme con el manejo proporcionado.

Para las usuarias, la falta de consistencia de personal restringe la posibilidad de establecer un adecuado vínculo usuaria-proveedor, limita la comunicación y el conocimiento a profundidad de los casos. Por su parte, los médicos tratantes indicaran que la fragmentación de los servicios impacta la coordinación asistencial y conlleva la pérdida de la integralidad en la atención.

Tabla 7.4. Síntesis de continuidad de relación en cáncer de mama

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Vínculo usuaria-proveedor			
Identificación del responsable de la atención	Identificación del oncólogo como responsable de la atención	Identificación del oncólogo como responsable de la atención	Identificación del oncólogo y cirujano de mama como responsables de la atención
Confianza con el profesional	Confianza con oncólogo	Confianza con oncólogo	Falta de confianza con oncólogos, adecuada con cirujano de mama
Interés profesional por el caso	Interés por parte del oncólogo	Falta de interés de uno de los oncólogos	Falta de interés del oncólogo
Consistencia de personal			
Número de proveedores	Elevado	Elevado	Elevado
Regularidad de la atención	Permanencia de oncólogo	Rotación de oncólogos	Permanencia de oncólogo

La continuidad asistencial en usuarias con diabetes mellitus tipo 2

Continuidad de la gestión clínica

Las usuarias y médicos tratantes reportaron problemas en la continuidad de la gestión clínica, tanto a nivel de la accesibilidad como en la consistencia de la atención y la flexibilidad del tratamiento. Los problemas de accesibilidad se denotaron durante todas las fases de la enfermedad, principalmente para acceder a la atención médica, así como a medicamentos e insumos (tablas 7.5 y 7.13). Las fallas en la consistencia de la atención fueron atribuidas a los pobres mecanismos de coordinación que limitaron la comunicación y colaboración entre proveedores, la secuencia adecuada de la atención por el bajo número de pruebas de laboratorio y

de remisiones a la atención especializada, y a fallas en el seguimiento a lo largo del continuo asistencial. Solo las usuarias de la Red 2-S manifestaron problemas en cuanto a la flexibilidad del tratamiento, evidenciado por la baja importancia otorgada a los ajustes de los medicamentos acorde con sus necesidades (tablas 7.6 y 7.14).

Accesibilidad entre niveles asistenciales

La gran mayoría de las usuarias evidenció problemas de accesibilidad en todas las fases de evolución de la enfermedad, las cuales, durante la presentación de los primeros síntomas, condujeron a diagnóstico y manejo tardíos. Una vez iniciado el tratamiento, las problemáticas persistieron, con mayor predominio en las redes subsidiadas, principalmente en términos de problemas de afiliación, tiempos de espera prolongados para la atención, falta de atención con medicina especializada y dificultades de acceso oportuno a medicamentos. Estos factores conllevaron la inexistencia de un seguimiento regular, que condujo a la presencia de múltiples complicaciones y a cuadros de descompensación clínica, que en la mayoría de los casos fueron atendidos en los servicios de urgencias.

Fase prediagnóstica y diagnóstica

Para el momento en que se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad, ninguna de las usuarias pertenecía a las redes objeto de estudio. La mayoría de ellas se encontraba afiliada a otras redes subsidiadas y contributivas, en tanto que algunas no contaban con aseguramiento. Todas indicaron la presencia de barreras para acceder a la atención médica inicial, que les llevó a diagnósticos tardíos y a un inadecuado manejo de la enfermedad.

Las usuarias que en su momento se encontraban afiliadas a otras redes subsidiadas manifestaron que fueron diagnosticadas durante el análisis de otros eventos de salud o ante cuadros de descompensación metabólica. Ninguna tuvo seguimiento de la enfermedad, dado que algunos médicos priorizaron el manejo de otras patologías y, en otros casos, los servicios les fueron negados por multiafiliación: "*Con la EPS-S X, estuve tres meses y luego aparecí vinculada a la otra EPS-S, de ahí en adelante siempre estuve por fuera del sistema, que porque tenía doble vinculación […], siempre me atendían solo por urgencias […], para sacar cita no podía*

porque en ninguna parte me atendían con cita" (usuaria 1, Red 1-S). Un último grupo de usuarias abandonó el tratamiento por falta de credibilidad en el manejo planteado.

De las afiliadas a otras redes contributivas, solo una manifestó haber recibido un diagnóstico oportuno y un tratamiento inicial, mientras que las restantes refirieron que no les estudiaron sus síntomas, padecieron la enfermedad durante varios años y desarrollaron complicaciones que fueron manejadas de manera exclusiva en servicios de urgencias. Otro grupo manifestó que se afilió a las redes analizadas en busca de un diagnóstico preciso y un tratamiento regular. Finalmente, las usuarias sin aseguramiento hicieron uso de la consulta a nivel particular hasta que lograron obtener un cupo en el régimen subsidiado: "*Cuando me atendía el médico particular, me tomaba de vez en cuando el medicamento [...]; ya cuando estuve en la EPS, ahí ya me ordenaron que tenía que tomarme la droga*" (usuaria 3, Red 3-C).

Fase de tratamiento y seguimiento

Una vez afiliadas a las redes del estudio, las usuarias pertenecientes a las redes subsidiadas fueron controladas por medicina general con mínimos ingresos a medicina especializada. En tanto que las usuarias de la red contributiva fueron manejadas, en la mayoría de los casos, por nefrología en una IPS especializada externa y una minoría por medicina interna en la IPS ambulatoria propia. En relación con las dificultades evidenciadas para el seguimiento, se destacaron: restricciones en el acceso a medicina general y especializada, dificultades para acceder a pruebas de laboratorio clínico y baja disponibilidad de medicamentos e insumos, factores que impactaron en mayor medida a las usuarias de las redes subsidiadas.

En relación con el seguimiento médico, se destacaron barreras para el acceso a medicina general en las redes subsidiadas, así como dificultades para acceder a la atención especializada, que afectaron a las usuarias de las distintas redes, con excepción de aquellas que recibían atención en la IPS especializada externa de la red contributiva, quienes describieron adecuadas condiciones de acceso a los servicios.

Las barreras para acceder a medicina general fueron identificadas por las usuarias de las redes subsidiadas, dado que las de la red contributiva eran controladas por medicina especializada. En las primeras, se señalaron

problemas de multiafiliación por fallas en la depuración de las bases de datos de las EPS, lo que generó atención exclusiva por urgencias y deterioro del cuadro clínico: "*Me dijeron que tenía doble afiliación y que no podía estar acá y en otra a la vez. Cuando me dio el coma diabético, en la IPS de II nivel del municipio me dieron los primeros auxilios, pero no me hicieron nada más, dijeron que con el Sisbén me atendían en Girardot*" (usuaria 1, Red 1-S). En relación con los prestadores, se identificaron tiempos de espera prolongados para la asignación de citas atribuidos a la baja disponibilidad de médicos, lo que limitó la obtención de citas de control y el adecuado seguimiento del caso. Como consecuencia, las usuarias suspendieron la medicación y tuvieron que incurrir en gastos para adquirir los medicamentos de manera particular. Así mismo, señalaron fallas en el mecanismo de solicitud de citas presenciales, por la congestión, la restricción en el número de fichas y en los horarios para el trámite, lo que condujo a un incremento en los tiempos de espera para las citas, a desistir de la búsqueda de atención y, por ende, a la suspensión del tratamiento.

Frente a la atención especializada, la mayoría de usuarias y médicos tratantes de las redes subsidiadas y la usuaria atendida en la IPS ambulatoria propia de la red contributiva identificaron la existencia de barreras para la atención procedentes tanto de las aseguradoras como de los prestadores de servicios, que originaron falta de seguimiento especializado y desarrollo de complicaciones, como cuadros de descompensación metabólica, desprendimiento de retina y complicaciones vasculares. Dentro de los factores relacionados con las aseguradoras, los informantes destacaron demoras en las autorizaciones de las citas, las cuales tardaron hasta seis meses en las redes subsidiadas: "*El año pasado tenía que volver a la IPS de III nivel y resulta que duré como tres meses pidiendo la autorización y no la hubo, que no hay sistema, que no hay no sé qué; a lo último me dio mal genio y no volví*" (usuaria 3, Red 1-S). Esto contrasta con lo descrito por las usuarias de la IPS especializada externa de la red contributiva, quienes indicaron que los prestadores solicitaban directamente la autorización de los servicios a la EPS, lo que facilitó la obtención oportuna de las citas. También describieron compra fragmentada de servicios y fuera del territorio, lo que, sumado a la falta de recursos y de asistencia familiar, restringió el acceso a las usuarias, excepto en la IPS especializada externa, quienes contaban con recursos económicos y apoyo familiar. Adicional-

mente, para las usuarias del municipio de Soacha, las condiciones geográficas de la zona de residencia, la falta de transporte y de vías de acceso suficientes se convirtieron en limitantes para la atención especializada: "*Nos toca coger un carro hasta la avenida o nos vamos a pie a coger el bus que va para allá. Nos vemos en problemas porque muchas veces está bien el transporte y muchas veces no, porque briega uno para coger un bus, no pasan*" (usuaria 1, Red 1-S).

En cuanto a los prestadores, las usuarias de las distintas redes indicaron tiempos de espera prolongados para la asignación de citas, atribuidos al reducido número de especialistas disponibles y a fallas en el mecanismo telefónico para solicitud de citas: "*No he vuelto a la IPS de II nivel, porque no me contestaron, no pude sacar cita, el teléfono timbra y timbra, ya después suena ocupado, como si lo descolgaran*" (usuaria 1, Red 2-S). Estas situaciones ocasionaron falta de seguimiento a sus complicaciones. Las usuarias atendidas en la IPS especializada externa de la red contributiva refirieron tiempos de espera oportunos, dada la asignación periódica de las citas por parte del proveedor y la adecuada disponibilidad de agendas de los profesionales.

La restricción para acceder a exámenes de laboratorio de control y seguimiento de la enfermedad (principalmente hemoglobina glicosilada) fue evidenciada por las usuarias y los médicos tratantes en las redes subsidiadas. Tal situación fue atribuida a la clasificación establecida del POS por niveles asistenciales, que impide que el médico general la prescriba, lo que dificulta aún más su realización por las restricciones para acceder a la atención especializada: "*La hemoglobina glicosilada no está cubierta por I nivel, sino por el nivel especializado, por eso, la importancia de que puedan acceder a los controles con medicina interna*" (médico tratante, usuaria 2, Red 1-S). De manera contraria, a quienes fueron atendidas en la Red 3-C les fueron prescritas estas pruebas con mayor regularidad.

Finalmente, las usuarias de todas las redes identificaron fallas en el suministro de insumos (jeringas, gafas, glucómetros), debido a la falta de cobertura en el plan de beneficios, lo que condujo a que solo aquellas usuarias con capacidad económica, particularmente de la Red 3-C, pudieran adquirirlos. Para las usuarias de las redes subsidiadas, conllevó problemas para el control de la enfermedad o el riesgo de complicaciones sistémicas. Respecto al suministro de medicamentos del POS, gran parte

de las usuarias de las tres redes, excepto aquellas controladas en la IPS externa de la Red 3-C, mencionaron demoras y entregas incompletas por parte de los proveedores, lo que condujo a que algunas usuarias de las redes subsidiadas optaran por utilizar medicamentos de otros familiares o desistieran de su búsqueda tras visitas infructuosas al proveedor: "*Cuando no me entregan la insulina, pues me toca correr donde mi mamá, que ella tiene la misma droga y me da, porque es costosa y yo no tengo los recursos para comprarla y no tengo ayuda de nadie [...], a veces duro hasta quince días pidiéndola y no la hay, ya a lo último no la sigo pidiendo, porque se cansa uno de estar yendo*" (usuaria 3, Red 1-S).

Tabla 7.5. Síntesis de accesibilidad entre niveles asistenciales en diabetes mellitus tipo 2

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Accesibilidad entre niveles asistenciales			
Fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad en las redes analizadas			
Controles y seguimiento por medicina general	Negación de los servicios por multiafiliación	Negación de los servicios por multiafiliación	
	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	
	Problemas para la obtención de citas	Problemas para la obtención de citas	
Controles con especialistas	Tiempos prolongados en la autorización de servicios	Tiempos prolongados en la autorización de servicios	IPS ambulatoria propia: tiempos prolongados en la autorización de servicios IPS especializada externa: oportunidad en autorizaciones
	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio	Compra fragmentada de servicios y fuera del territorio
	Barreras de accesibilidad geográfica		
	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	Tiempos de espera prolongados para asignación de citas	IPS ambulatoria propia: tiempos de espera prolongados para las citas IPS especializada externa: oportunidad en la asignación citas

Continúa

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Controles con especialistas	Problemas para la obtención de citas telefónicas	Problemas para la obtención de citas telefónicas	IPS ambulatoria propia: problemas para obtención de citas telefónicas IPS especializada externa: asignación directa de citas
Prescripción de pruebas para el control de la enfermedad	Restricción de la prescripción de hemoglobina glicosilada en I nivel	Restricción de la prescripción de hemoglobina glicosilada en I nivel	Acceso oportuno y regular a pruebas de hemoglobina glicosilada
Suministro de medicamentos e insumos	Exclusión de jeringas, gafas y glucómetro	Exclusión de jeringas, glucómetro y gafas	Exclusión de jeringas, glucómetro y gafas
	Demoras en entrega y suministro parcial de medicamentos	Suministro parcial de medicamentos	IPS ambulatoria propia: suministro parcial de medicamentos IPS especializada externa: suministro completo de medicamentos

Consistencia de la atención

Los testimonios de los informantes reflejaron problemas en la consistencia de la atención en las redes subsidiadas y, en menor medida, en la IPS ambulatoria propia de la red contributiva, que se manifestaron en la inexistencia de coordinación/colaboración entre proveedores, fallas en la secuencia de la atención y seguimiento inadecuado de los casos.

En las tres redes analizadas, se evidencia la inexistencia de coordinación/colaboración para el desarrollo de acuerdos frente a la planeación y realización de tratamiento entre los proveedores, que fue atribuida en las redes subsidiadas a la rotación permanente de personal: "*Por tanto cambio de médico no llevan un orden de lo que me está pasando, maluco porque uno hace una cosa y el otro hace otra*" (usuaria 2, Red 2-S); y, en todas las redes, a la ausencia de comunicación entre profesionales: "*Entre especialistas y médicos generales, no hay absolutamente nada de comunicación, no hay articulación*" (médico tratante, usuaria 2, Red 1-S), lo que desde la perspectiva de los médicos tratantes de la Red 1-S produce duplicación de esfuerzos y recursos entre los niveles asistenciales. En contraste, las usuarias de la IPS especializada externa de la red contributiva consideran que existe una adecuada coordinación/colaboración entre profesionales, lo que incrementa la confianza de las pacientes y un mejor control de la patología. No obstante, identificaron falta de comunicación entre

especialistas adscritos y los profesionales de la IPS ambulatoria propia de la red contributiva.

Otra falla evidenciada por la mayoría de las mujeres de las redes subsidiadas y los registros de sus historias clínicas es la secuencia de la atención, ya que indicaron baja prescripción de exámenes de laboratorio básicos (cuadro hemático y parcial de orina dos o tres veces al año); y mayor frecuencia solo en quienes pertenecían a grupos de control de enfermedades crónicas (cada dos meses). En relación con la toma de hemoglobina glicosilada y la microalbuminuria, solo las pudieron efectuar cuando lograron acceder a citas con medicina interna o en los servicios de urgencias: "*Los otros exámenes solo me los hicieron en urgencias [...], los controles de glucemia pre y pos, esos sí me los han venido haciendo periódicamente*" (usuaria 5, Red 1-S). En contraste, los médicos tratantes y las usuarias de la red contributiva indicaron la prescripción regular de exámenes de laboratorio, lo que permitió un mejor seguimiento de su patología.

La mayoría de usuarias de las redes subsidiadas y los registros clínicos señaló bajo número de remisiones a medicina especializada, debido a que algunos médicos del I nivel no identificaron necesidades de derivación, pese a los factores de riesgo y las complicaciones presentadas por las usuarias, lo que conllevó un mayor deterioro de sus cuadros clínicos y supeditar la atención a medicina general: "*Yo le dije a la doctora (médico general), yo veo borroso, así como encandelillado, y ella me vio y me dijo: 'Pero no tiene nada', no me remitió a ninguna parte, dijo que tocaba esperar a ver cómo seguía, entonces fue cuando ya al poco tiempo me dio el derrame y el retinólogo me dijo que eso se había podido evitar*" (usuaria 2, Red 2-S). En contraste, los médicos de I nivel indicaron la derivación a la atención especializada acorde con las necesidades de las usuarias. En el interior de la red contributiva, se presentaron diferencias en que se evidencia que las usuarias de la IPS especializada externa tuvieron mayores derivaciones a otros especialistas a diferencia de aquellas que eran atendidas en la IPS ambulatoria propia.

En relación con el seguimiento de los casos, en las redes subsidiadas, este fue realizado por médicos generales y, en la red contributiva, por especialistas: medicina interna en la IPS ambulatoria propia y nefrología en una IPS especializada externa. No obstante, en cuanto a la regularidad

de la atención, solo las usuarias atendidas en la IPS externa mencionaron controles periódicos cada tres meses, ya que, en las redes subsidiadas y en la IPS propia de la Red 3-C, la frecuencia se vio alterada por tiempos de espera prolongados para la asignación de las citas. Las usuarias de las redes subsidiadas coincidieron en afirmar que la mayoría de las veces los controles se dieron exclusivamente para renovación de fórmulas médicas: "*Controles con la IPS de I nivel, cada dos meses, siempre voy es por la droga no más, para poder estar en control con la droga que me mandan ellos*" (usuaria 2, Red 2-S).

Adicionalmente, algunas usuarias de las redes subsidiadas percibieron falta de interés de los médicos generales para hacer seguimiento a los procedimientos efectuados en los otros niveles, incluso tras el alta hospitalaria. En la Red 2-S, señalaron como única evidencia que los médicos generales siguieran las recomendaciones y la prescripción farmacológica hecha por los internistas: "*Lo que me formuló el médico internista, eso mismo me está dando el doctor en la IPS de I nivel, él lleva ese ritmo*" (usuaria 3, Red 2-S). En la Red 3-C, se evidenció seguimiento adecuado gracias a la información clínica en línea.

Flexibilidad del tratamiento

En relación con la flexibilidad del tratamiento, se encontraron diferencias entre redes y en el interior de ellas. Mientras algunas usuarias de las redes 1-S y 3-C, identificaron flexibilidad en el tratamiento, en la Red 2-S, hubo testimonios que revelaron su ausencia. En el primer grupo, se mencionaron ajustes en la dosis o tipo de medicamento, de acuerdo con los resultados de las pruebas de laboratorio y las reacciones de intolerancia que presentaban las usuarias. Por su parte, las usuarias de la Red 2-S indicaron que, a pesar de la descompensación y la intolerancia al hipoglucemiante, no les fueron modificados sus esquemas de manejo: "*Me tocó dejar de tomar la metformina, por el ardor que me daba en el estómago, entonces me dijo la doctora que tenía que tomármela con las comidas, pero yo hice todo y no, no la he podido aceptar y la dejé*" (usuaria 2, Red 2-S).

Tabla 7.6. Síntesis de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Categoría	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Consistencia de la atención			
Colaboración entre proveedores	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Inexistencia de acuerdos para la planeación y realización del tratamiento	Existencia de acuerdos para planeación y realización de tratamiento en IPS especializada externa Falta de comunicación entre IPS propia y especialistas adscritos
Secuencia de la atención	Baja prescripción de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista	Baja prescripción de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Fallas en la identificación de necesidades de derivación al especialista	Prescripción periódica de pruebas para control y seguimiento de la enfermedad Mayor número de remisiones a especialistas en IPS externa
Seguimiento apropiado	Controles médicos irregulares	Controles médicos irregulares	Controles médicos IPS propia: irregulares IPS externa: regulares
	Desinterés de médicos generales en seguimiento a acciones desarrolladas por otros profesionales	Seguimiento desde medicina general de ajustes realizados en medicina interna	Seguimiento adecuado a acciones desarrolladas por otros profesionales
Flexibilidad del tratamiento			
Ajustes al tratamiento	Prescripción de medicamentos acordes con condiciones de usuarias	Falta de alternativas de tratamiento ante intolerancia a medicamentos	Prescripción de medicamentos acordes con condiciones de usuarias

Continuidad de información

Las usuarias evidenciaron problemas frente a la transferencia de información entre niveles asistenciales, principalmente en las redes subsidiadas, donde predomina la falta de historia clínica compartida y los mecanismos informales. En la Red 1-S, se percibieron fallas en el registro y utilización de la información de las historias clínicas, mientras que, para algunas usuarias de la Red 2-S y los médicos tratantes, no se transfiere información de los niveles superiores al I. Fue común en los informantes de las distintas redes la baja importancia atribuida al conocimiento acumulado de las usuarias (tablas 7.7 y 7.15).

Transferencia de información

La existencia de mecanismos de transferencia de información entre niveles asistenciales no fue clara para las usuarias de las redes subsidiadas. Solo algunas usuarias de la Red 3-C destacaron la existencia de la historia clínica en línea, principalmente en el interior de las IPS, lo que desde su perspectiva facilitó la toma de decisiones entre proveedores y generó una mayor confianza en la capacidad profesional de los médicos, al percibir un mejor conocimiento de sus casos: "*La historia está en el sistema, ellos siempre entran al sistema y lo encuentran a uno, yo creo que es muy importante, porque se les facilita más saber la enfermedad que uno está padeciendo a todo nivel, pues tienen ahí el reporte*" (usuaria 1, Red 3-C). De igual manera, describieron una inadecuada utilización de la información registrada en la historia, lo que conllevó en la Red 1-S a repetición de la trayectoria asistencial en cada consulta: "*Cuando voy me dice el médico: '¿Cuál es el motivo de su consulta?, ¿de qué sufre?', ellos teniendo la historia ahí, ¿por qué no la leen? Entonces, toca otra vez volver a contarle al médico*" (usuaria 1, Red 2-S). Por su parte, los médicos tratantes evidenciaron fallas en el mecanismo de contrarreferencia, que atribuyeron a la falta de interés de los especialistas y, en otros casos, al tiempo reducido para su diligenciamiento, lo que se traduce en falta de conocimiento del manejo proporcionado en otros niveles asistenciales y limitación de la continuidad del tratamiento.

En las redes subsidiadas, las usuarias y los médicos tratantes señalaron el predominio de mecanismos informales al ser estas las portadoras de la información clínica, particularmente de fórmulas médicas y reportes de exámenes de laboratorio.

Conocimiento acumulado

La falta de conocimiento acumulado emergió en las opiniones de usuarias y médicos tratantes, con excepción de quienes fueron atendidas en la IPS especializada externa de la red contributiva, en donde psicólogos y trabajadores sociales se interesaron por los aspectos contextuales de las usuarias.

Desde la perspectiva de usuarias y médicos tratantes, existe poco conocimiento de los factores contextuales y sociofamiliares de las pacientes, que atribuyeron al tiempo reducido de las consultas y, en otros casos, a que se privilegia una relación centrada en el proceso clínico o

en la formulación de medicamentos: "*Ellos no preguntan eso, no lo conocen bien a uno, no le preguntan, me preguntan es qué me duele, no más*" (usuaria 3, Red 2-S). No obstante, las usuarias que fueron atendidas en la IPS especializada externa de la Red 3-C identificaron que los psicólogos y trabajadores sociales fueron los únicos profesionales que ahondaron en sus condiciones sociofamiliares: "*La psicóloga, la de trabajo social le pregunta a uno, con quién vive, qué cosas me podían afectar, ellos me preguntan de mi forma de vivir, con quién vivo, los hijos cómo se manejan conmigo, que soy pensionada*" (usuaria 1, Red 3-C), lo que les generó diversas percepciones encontradas: para algunas, el conocimiento de su contexto fortalece el vínculo de confianza con los profesionales, en tanto que, para otra de las usuarias, no produce ningún impacto sobre el abordaje de su enfermedad.

Tabla 7.7. Síntesis de la continuidad de información en diabetes mellitus tipo 2

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Transferencia de información			
Mecanismos formales de transferencia de información	Inexistencia de historia clínica compartida Baja utilización de información HC Problemas con la contrarreferencia	Inexistencia de historia clínica compartida Problemas con la contrarreferencia.	HC compartida en el interior de IPS ambulatoria propia y entre la IPS especializada externa y algunos especialistas adscritos
Mecanismos informales	Predominio de mecanismos informales	Predominio de mecanismos informales	
Conocimiento acumulado			
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	Inexistente	Inexistente	IPS ambulatoria propia: inexistente. IPS especializada externa: conocimiento acumulado por otros profesionales

Continuidad de relación

Todas las usuarias de las redes subsidiadas percibieron pobres relaciones usuaria-proveedor, así como la falta de identificación del responsable de sus casos. Igualmente, evidenciaron problemas de consistencia del personal, dada la continua rotación de médicos. Solo las usuarias de la

red contributiva identificaron al responsable de su manejo, con quien establecieron adecuadas relaciones de confianza. En todas las redes, esta última dimensión fue determinante en la consolidación de la relación usuaria-proveedor (tablas 7.8 y 7.16).

Vínculo entre las usuarias y los profesionales

Hay coincidencia en el discurso de los entrevistados en que la permanencia de los profesionales de la salud incide en el establecimiento de una relación sólida y de confianza mutua. Como factores diferenciales entre las redes, se encontró que para la mayoría de usuarias de las redes subsidiadas fueron casi nulas las relaciones de confianza con sus médicos tratantes, debido a la continua rotación de profesionales, de mayor incidencia en la Red 2-S, en donde se evidenció que máximo dos controles fueron realizados por el mismo profesional. Estos factores hicieron que ninguna identificara un profesional responsable de su caso: "*No tengo ningún médico responsable del tratamiento*" (usuaria 1, Red 2-S). Situación diferente fue notificada por las usuarias de la Red 3-C y una minoría de la Red 1-S, quienes mencionaron la existencia de relaciones de confianza mutua, buena comunicación y trato amable, gracias a la permanencia de los profesionales, esto permitió que identificaran un responsable de su caso y percibieran que son controladas por profesionales idóneos, lo que genera mayor adherencia al tratamiento. No obstante, ninguno de los profesionales de la Red 1-S las identificó y debieron remitirse a la información de las historias clínicas para brindar sus testimonios. Este desconocimiento fue atribuido al elevado número de usuarios que atienden, situación que, a su juicio, dificulta recordarlas.

Consistencia de personal

De acuerdo con las versiones de los informantes y de los registros de las historias clínicas, se pudo identificar en las redes subsidiadas atención por parte de un elevado número de proveedores y una permanente rotación de profesionales, con mayor incidencia en la Red 2-S, hecho atribuido por los médicos tratantes a los modelos de contratación que no ofrecen estabilidad laboral, y por las usuarias, a la atención por parte de médicos que están en servicio social obligatorio, con poca experiencia profesional, lo que, desde su perspectiva, genera desconfianza en su capacidad técnica

y, en otros casos, a desistir de la búsqueda de atención: "*He tenido como cinco médicos, eso los cambian mucho*" (usuaria 2, Red 2-S). En contraste, se encontró en el testimonio de las usuarias y en los registros clínicos de la Red 3-C la permanencia en el tiempo de los prestadores de servicios propios y externos, circunstancia que, desde su perspectiva, favoreció un mejor seguimiento de su caso y confianza en el tratamiento: "*Hace más de seis años que estoy en la IPS ambulatoria y estoy todavía asistiendo con el mismo médico general*" (usuaria 2, Red 3-C). *"Es mejor una secuencia con el mismo porque le llevan a uno un historial, ya le conocen a uno el organismo y, como hay más afecto, tiene uno más confianza con el médico y le dicen a uno las cosas como son"* (usuaria 1, Red 3-C) (tablas 7.8 y 7.16).

Conclusiones

En cáncer de mama, los principales problemas de accesibilidad se presentaron durante la fase prediagnóstica, diagnóstica y la atención oncológica inicial, que condujeron a una detección tardía de la enfermedad, con el consecuente retraso en el inicio del tratamiento. Como causas generadoras de discontinuidad, confluyeron problemas de afiliación al seguro de salud, la autorización de consultas con especialistas y pruebas diagnósticas por parte de las EPS, y los prolongados tiempos de espera para la asignación de citas por parte de los prestadores, tanto en el nivel básico como especializado; aspectos que resultan más críticos en las redes subsidiadas. Una vez iniciado el tratamiento oncológico, se evidencian menores dificultades frente al manejo y seguimiento de la enfermedad.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, se destaca el diagnóstico tardío y el inadecuado manejo proporcionado a la enfermedad durante su permanencia en otras redes, así como la existencia de múltiples problemas generadores de discontinuidad en las redes analizadas, como consecuencia de las barreras para acceder a la atención especializada, para la realización de las pruebas de laboratorio y las restricciones para disponer de manera oportuna y suficiente de los insumos y medicamentos necesarios para el control de la enfermedad. Estas situaciones que se observaron con mayor preponderancia en las redes subsidiadas supeditaron la atención y el control de las complicaciones al I nivel.

En cuanto a la consistencia de la atención, se evidencia un mejor seguimiento y control para el cáncer de mama en las redes analizadas una

vez iniciado el tratamiento, lo cual contrasta con la irregularidad en el seguimiento a la diabetes mellitus tipo 2, en donde se presentan fallas en la coordinación asistencial, principalmente en las redes subsidiadas. Finalmente, se evidencia una mayor flexibilidad en el tratamiento del cáncer de mama, con la realización de ajustes acordes a las necesidades de las usuarias.

En relación con la continuidad de información, la principal falla tiene que ver con la inexistencia de mecanismos formales para su transferencia entre los diferentes niveles asistenciales en las dos patologías trazadoras, situación que es más crítica en las redes subsidiadas. En la mayoría de los casos, predominan los mecanismos informales en los que las usuarias son portadoras de la información con el riesgo de un elevado porcentaje de pérdida de esta. El conocimiento acumulado se valora como importante dentro de los tratamientos. En cáncer de mama, se presenta un mayor interés de algunos oncólogos y cirujanos de mama por conocer el contexto social y familiar de las usuarias, lo que contrasta con lo que ocurre con la diabetes mellitus tipo 2, en la que los profesionales muestran falta de conocimiento acumulado, a excepción de la red contributiva en la que psicólogos y trabajadores sociales tienen una participación en el tema.

Respecto a la continuidad de relación, en cáncer de mama se identifica a un responsable de la atención, lo que permite la construcción de relaciones de confianza usuaria-proveedor en la mayoría de los casos. Esto contrasta con el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, en la que no se identifica con claridad un médico tratante, principalmente en las redes subsidiadas, dada la existencia de un mayor número de proveedores y a la alta rotación de profesionales.

En cuanto a la consistencia de personal, en cáncer de mama, aunque hay un elevado número de proveedores, existe regularidad en la atención por parte del oncólogo, mientras que en el seguimiento a la diabetes mellitus tipo 2 se presenta alta rotación de profesionales, especialmente en las redes subsidiadas, lo que genera poca adherencia al tratamiento.

Tabla 7.8. Síntesis de continuidad de relación en diabetes mellitus tipo 2

Categorías	Red 1-S	Red 2-S	Red 3-C
Vínculo usuaria-proveedor			
Confianza con el profesional	Mínimos vínculos de confianza usuaria-proveedor	Inexistencia de vínculos	Vínculos de confianza y buena comunicación
Identificación del responsable de la atención	Mínima identificación del responsable de la atención	No identificación del responsable de la atención	Identificación de médicos responsables de la atención
Consistencia de personal			
Número de proveedores	Elevado	Elevado	Reducido
Regularidad de la atención	Rotación de profesionales	Rotación de profesionales	Permanencia de profesionales

Tabla 7.9. Ejemplos de citas de accesibilidad entre niveles asistenciales en cáncer de mama

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Fase prediagnóstica	
Búsqueda inicial atención	"Nunca lo asocié a que podía tener un tumor, eso era algo que yo creía que era normal y eso pudo influir en la evolución de la enfermedad, no le paré muchas bolas, mi esposo me decía que fuera al médico, pero yo no iba" (usuaria 2, Red 2-S).
Atención médica inicial	"Esa cita [primera consulta con médico general] fue entre 8 y 10 días, y luego como unos 15 días para el control con los resultados de la mamografía, ese tiempo es largo, pero ellos dicen que hay muchos usuarios" (usuaria 1, Red 3-C).
Realización de mamografía y ecografía	"Fui al hospital, y me aterrorizó que me dijeran que se demoraban tres meses para hacerme el examen y yo sentía una masa [...]; en ese momento lo único que me preocupaba es que, si me hago la ecografía, son tres meses que me van a demorar [...]; como en ese entonces salía un bono en el directorio, yo cogí el bono que me hacían el descuento de un 30 %, pagué 30 mil pesos" (usuaria 1, Red 2-S).
Fase diagnóstica	
Programación de la primera cita con especialista	"[...] no sé si diez días son prudentes en el caso de autorizaciones, pero con la tecnología que hay hoy en día, internet, teléfonos, correo electrónico, es que diez días en cáncer es mucho para decidir, pienso que debe ser menos tiempo" (usuaria 2, Red 1-S).
Realización de exámenes diagnósticos	"Fui al hospital a finales de noviembre. Creía que ya estaba todo listo, fui a pedir la cita [...], pero la biopsia fue un poquito demorada, la demoraron allá como un mes" (usuaria 1, Red 1-S).

Continúa

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Tiempo de espera para realización de pruebas de extensión	"Fue una gammagrafía que le hicieron, esa si fue demoradita un poquito, pero la autorizaron [...] que porque era con una droga [radiotrazadores] muy costosa y que la traían de otro lado" (acompañante usuaria 2, Red 3-C).
	Fase de tratamiento y seguimiento de enfermedad
Inicio de tratamiento oncológico	"Cuando fui a iniciar el tratamiento oncológico, me daban una orden y yo iba allí a la EPS-S para que me autorizaran, y tocaba esperar el tiempo definido por la EPS para dar respuesta" (usuaria 1, Red 2-S).
Desarrollo del tratamiento oncológico	"[...] empezaron a hacer las quimios, fueron como 4, 5 quimios las que me alcanzaron a hacer ahí; después, la EPS nos dijo que habían terminado los contratos con ellos y ya nos mandaron para donde estamos ahorita" (usuaria 2, Red 1-S).

Tabla 7.10. Ejemplos de citas de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en cáncer de mama

Consistencia de la atención	
Colaboración entre proveedores	
Planeación y realización del tratamiento	"El cirujano de mama, con mi ginecólogo oncológico, previeron hacerme esa cirugía de extraerme el útero por lo mismo agresivo de mi cáncer [...], el oncólogo también aprobó [...], ellos me explicaron que era importante porque, como yo había tenido un cáncer agresivo, el tumor mío era muy grande y que, como yo ya no voy a procrear más hijos, era importante por la calidad de vida mía" (usuaria 3, Red 3-C).
Secuencia de la atención	
De I nivel a especializado	"La doctora [médico general] me dijo: 'La vamos a mandar para el hospital X para cirugía'; entonces, allá me mandaron una biopsia en enero" (usuaria 1, Red 2-S).
En el nivel especializado	"De ahí [después de la cirugía] me tocaba volver donde el oncólogo, pero, como me salieron dos ganglios ya infectados, como al mes volví a entrar a cirugía [...], después de eso el cirujano me remitió de nuevo a donde el oncólogo para seguir con el tratamiento con quimioterapias" (usuaria 1, Red 3-C).
Seguimiento apropiado	
Programación de controles	"Sigo con controles cada tres meses con el oncólogo y cada año me manda hacer todos los exámenes de rigor, para ver si hace metástasis [...], si yo le digo que me duele esto, que llevo bastante, ahí entonces la mira y me manda otros" (usuaria 1, Red 3-C).
Flexibilidad del tratamiento	
Ajustes al tratamiento	"De tanta quimioterapia quedé con un dolor fuerte a la cabeza, pero el oncólogo me dijo: 'Puede ser de mucha droga que ya tiene su cuerpo'; él tuvo que reducir el medicamento, porque ya no lo soportaba y me mandó donde el neurólogo" (usuaria 1, Red 3-C).

Tabla 7.11. Ejemplos de citas de continuidad de información en cáncer de mama

Transferencia de información	
Mecanismos formales de transferencia	"Usted no encuentra un computador que esté en una red afiliada a cualquiera de los hospitales. Si yo no me acerco y pido un resumen de mi historia médica, los doctores no pueden saber qué me han hecho" (usuaria 2, Red 2-S).
Mecanismos informales de transferencia	"Yo llevaba al oncólogo la historia que me dio el cirujano [...], él se puso a leer y a digitar. Así se enteró de mi caso [...], se basaban en todo lo que yo llevaba, aparte de que miraban la historia [que la usuaria llevaba], me tocaba relatarles todo" (usuaria 1, Red 3-C).
Entrega de información a la usuaria	"Doctor, ¿qué es lo que tengo?'. Me dijo: '¿Usted no sabe que tiene?'. Le dije: 'Yo sé por lo que me han contado, no porque los médicos me hayan dicho algo" (usuaria 1, Red 3-C).
Conocimiento acumulado	
Conocimiento de las creencias, valores y contexto social	"El doctor [cirujano de mama] me atendió y preguntó todo lo que le preguntan a uno [...]; yo siempre al principio iba con mi nuera, pero un día dijo el doctor que a él le gustaría que fuera alguno de mis hijos para explicarles [...]: 'Porque usted necesita a su familia, que la acompañe' [...]. Cuando la operación él los conoció a todos y él habló con todos, sirvió para que ellos estuvieran más pendientes. Eso fue muy bueno" (usuaria 2, Red 3-C).

Tabla 7.12. Ejemplos de citas de continuidad de relación en cáncer de mama

Vínculo usuaria-proveedor	
Confianza con el profesional	"Como me brindó esa confianza, yo no tuve necesidad de irme a tomar nada más, solamente me quedé con lo que el doctor me decía, porque me brindaba esa confianza y yo le dije a mi mamá: 'Yo me siento tan segura con ese doctor que no me voy a tomar absolutamente nada, porque yo sé que en las manos de él me van a sanar, porque es una persona que me brinda lo que yo necesito, me habla, me explica" (usuaria 2, Red 2-S).
Interés de profesionales por el caso	"El mastólogo vivía pendiente, yo salí a los tres días del hospital y ese mismo día me llamó que cómo estaba [...], es algo muy estimulante como ser humano, saber que ellos no simplemente lo hicieron porque ese es su trabajo y ya, no, [...] me miraba el drenaje, que si me estaba pasando bien, y todos los cuidados" (usuaria 3, Red 3-C).
Consistencia de personal	
Número de proveedores	"Con respecto al número, pues, por un lado, bueno tener varios [médicos], pero, por otro, malo, en el sentido de que, si un médico no es como muy atento con uno, que no le presta mucha atención, pues el otro le puede mostrar mejor atención, pero malo, porque muchas veces es a lo que le pregunten a uno o se basan en la historia clínica y como que así se dispersa más la atención al paciente [...], no va a ser una atención completa, porque unos van a opinar una cosa, otros otra, el tratamiento va ser como más lento, digámoslo menos completo" (usuaria 1, Red 1-S).

Tabla 7.13. Ejemplos de citas de accesibilidad entre niveles asistenciales en diabetes mellitus tipo 2

Accesibilidad entre niveles asistenciales	
Fase de tratamiento y seguimiento de la enfermedad en las redes analizadas	
Controles y seguimiento por medicina general	"Hace por ahí seis meses que no he podido sacar citas ni nada por el problema de la doble afiliación" (usuaria 2, Red 2-S). "Dicen que por teléfono se la dan [citas], pero entonces es más demorado, porque muchas veces está eso lleno y no contestan" (usuaria 1, Red 1-S).
Controles con especialistas	"Cuando me salió eso en los ojos, la doctora colocó que era urgente ir al oftalmólogo y se demoraron dos meses para darnos la autorización; cuando fuimos a la cita con oftalmología, la orden estaba vencida, tocó ir a ponerle un sello y volver a ir a pedir la cita; cuando volví fue cuando ya me examinaron y me dijeron que tenía un desprendimiento de retina" (usuaria 2, Red 2-S). "A la IPS de III nivel, hace como un año estoy pidiendo cita, porque yo como desde el mes de marzo empecé a llamar y que no habían citas para medicina interna" (usuaria 3, Red 1-S).
Prescripción de pruebas para control de la enfermedad	"La hemoglobina glicosilada, esa a veces se demora 2 o 3 meses en ser autorizada" (médico tratante, usuaria 3, Red 1-S).
Suministro de medicamentos e insumos	"Las jeringas me toca comprarlas, son a $600, compro dos mientras tanto, porque no me alcanza muchas veces la plata [...], tampoco he tenido la plata para el glucómetro" (usuaria 1, Red 1-S).

Tabla 7.14. Ejemplos de citas de consistencia de la atención y flexibilidad en el tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Consistencia de la atención	
Colaboración entre proveedores	"Que yo sepa, no se comunican los médicos [...], la verdad no sé cómo hacen el seguimiento de mi caso entre instituciones" (usuaria 1, Red 2-S).
Seguimiento apropiado	"Después de la cirugía de los ojos, casi no me han visto, yo quiero que me den una cita, me dan es goticas y no más, pero yo me siento muy enferma de los ojos y les pido que me envíen al oftalmólogo, pero ellos lo único que hacen es darme más gotas" (usuaria 3, Red 2-S).
Flexibilidad del tratamiento	
Ajustes al tratamiento	"Me siento regular; cuando me tomo las pastas, me da diarrea, me dan ganas de vomitar; ahora he tenido varios médicos, yo les comento eso y ellos me dicen que tengo que tomarme la droga sea como sea, así me dé diarrea, que no hay otra opción" (usuaria 1, Red 2-S).

Tabla 7.15. Ejemplos de citas de continuidad de información en diabetes mellitus tipo 2

Transferencia de información	
Mecanismos formales de transferencia	"De la IPS de III nivel a la de I no mandan nada [...], el doctor X sabe lo que me pasó, porque mi hermana le contó" (usuaria 1, Red 1-S).
Utilización de información de la HC	"Esta historia la llevé a la doctora que me hizo el examen, pero no la miró siquiera" (usuaria 4, Red 1-S).
Conocimiento acumulado	
Conocimiento de creencias, valores y contexto social	"Con respecto a otros aspectos de la usuaria, no conozco [...], sé que es ama de casa, que no tiene la mejor estabilidad económica, si tuviera algún empleo fijo no estaría en el régimen subsidiado [...], pero que uno la conozca, no" (médico tratante, usuaria 1, Red 2-S).

Tabla 7.16. Ejemplos de citas de continuidad de relación en diabetes mellitus tipo 2

Vínculo usuaria-proveedor	
Confianza con el profesional	"Ella [médica general] es una persona que le da a uno mucha moral para vivir, por eso, es que yo la quiero mucho a ella" (usuaria 5, Red 1-S).
Consistencia de personal	
Número de proveedores	"Lo cambiaban a uno, iba uno a pedir una cita con el médico que lo había atendido y, entonces, ya no se la daban con ese, sino que me la daban con otro [...], porque el otro ya no está" (usuaria 2, Red 1-S).

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil

Capítulo 8
As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

INGRID VARGAS LORENZO, MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA,
ITAMAR LAGES E MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE

Nesse capítulo se apresentam as características gerais do sistema de saúde brasileiro e das redes de serviços de saúde definidas nas políticas de saúde. O conteúdo se baseia na análise de documentos oficiais, leis, normas e decretos, e se orienta no marco conceitual do projeto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Com a Constituição Federal de 1988, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no princípio de acesso universal, gratuito e descentralizado, de acordo com a estrutura política do Brasil, com três níveis de governo autônomos: federação, estados e municípios. A criação do SUS significou uma tentativa de integrar os principais subsistemas públicos que existiam no momento da reforma: o subsistema do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que atendia os trabalhadores formais; e o subsistema de beneficência, constituído por serviços sob a gestão do Ministério da Saúde, estados e municípios, que atendiam a população sem recursos (Mesa-Lago, 2007) . Como parte da reforma, em 1990, os recursos físicos e humanos do seguro social foram transferidos e unificados com os do Ministério da Saúde, sendo excluídos do SUS as Forças Armadas, a

polícia, e os funcionários públicos cobertos por serviços próprios ou por planos privados (Mesa-Lago, 2007).

Não obstante, na prática a utilização dos serviços de saúde do SUS não é universal, visto que se concentra nas camadas de média e baixa renda – ainda que os de média e alta também utilizem seus serviços de alto custo (Ocke-Reis, 2010). Em 2009, 26% da população de renda média e alta estava afiliada a seguros privados (sistema suplementar) (Paim et al., 2011), cofinanciados indiretamente com fundos públicos através dos incentivos fiscais (Ocke-Reis, 2010). A população de baixa renda também procura os serviços de saúde privados pelas dificuldades de acesso e qualidade do SUS, realizando pagamentos do próprio bolso (Mesa-Lago, 2007; Paim et al., 2011). Tudo isto faz com que a despesa privada no Brasil - 56,4% da despesa total em saúde -, seja uma das mais elevadas da região (Ocke-Reis, 2010), na qual 57,2% é gasto do bolso, e 41% é pagamento para planos de saúde privados (World Health Organization, 2012).

A descentralização do SUS nos estados e municípios foi outro dos objetivos da reforma. A Constituição Federal declarou inicialmente a saúde como uma responsabilidade comum entre os diferentes níveis de governo, cujo papel específico a legislação infraconstitucional tentou delimitar (Brasil, 2006c; Brasil, 2001; Brasil, 1996; Brasil, 2006a). De forma esquemática, o financiamento e gestão são responsabilidades compartilhadas que cada parte desenvolve em seu âmbito, enquanto a provisão da atenção é de responsabilidade dos municípios e, de forma subsidiária, dos estados (Brasil, 2006a; Brasil, 2006c). A continuação se descreve cada uma delas.

Financiamento

O SUS é financiado, principalmente, através dos impostos gerais e contribuições sociais destinadas especificamente ao orçamento da seguridade social (saúde, seguridade e bem estar social), arrecadados, sobretudo, pelo nível federal (58% da arrecadação), e minoritariamente pelos estados (24,7%) e municípios (17,3%) (Paim et al., 2011), - ainda que desde o final da década de 1990, a participação das esferas subnacionais tenha aumentado progressivamente. O financiamento do SUS se caracterizou por uma alta instabilidade. Com frequência, as contribuições sociais foram desviadas a outros fins, como o pagamento de juros da dívida externa, ou eliminadas sem serem substituídas por outros recursos, como no caso da

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (Sobrinho, 2007). Para reduzir a incerteza sobre o financiamento do SUS, em setembro de 2000 foi aprovada a emenda constitucional, que depois de dois anos de debate, foi finalmente regulamentada pela Lei Complementar 141, de 2012. Tal lei garante, por um lado, uma aplicação da mesma percentagem do gasto do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal por parte da União, e por outro, a obrigação dos municípios e estados a destinar 12% e 15% respectivamente de sua arrecadação orçamentária (impostos e transferências provenientes do nível federal). Depois da aprovação da emenda, e principalmente devido ao aumento da participação dos municípios e estados, o gasto do SUS passou de 2,9%, em 2000 a 3,8%, em 2010, proporcionalmente ao PIB (Ugá et al., 2008). O gasto do SUS, *per capita*, foi de R$ 717,33, em 2010 .

Os recursos federais são transferidos globalmente (transferência fundo a fundo) às secretarias estaduais e municipais, divididos em cinco blocos: atenção básica, secundária e terciária, vigilância em saúde, atenção farmacêutica e gestão do SUS (Brasil, 2006c). Os critérios de distribuição dependem do tipo de serviço – *per capita*, sem ajuste para os serviços de atenção primária e farmácia, e orçamento (teto financeiro), calculado em função da atividade assistencial realizada com base histórica para a atenção secundária e terciária. O critério de distribuição adotado na atenção especializada considera a capacidade instalada, concentradas nas regiões do sul e sudeste, perpetuando as desigualdades geográficas – o gasto público em saúde *per capita* é maior nas regiões mais ricas do que nas pobres, por exemplo, no sudeste é de R$ 596,1 e no nordeste R$ 421,1 (Ugá et al., 2008).

Gestão

A função de gestão no SUS, tanto na formulação de políticas de saúde como de planejamento, regulação e avaliação da assistência é uma responsabilidade compartilhada desenvolvida por cada nível de governo no seu âmbito territorial (Brasil, 2006c). As políticas se negociam em diferentes instâncias, com a participação dos gestores dos diferentes níveis de governo. Em nível nacional, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais

de Saúde (CONASEMS); e em nível de estados, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com representação das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde materializam a participação da sociedade na formulação de políticas. As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, com representantes dos diversos segmentos sociais (50% de usuários, 25% de trabalhadores em saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços públicos e privados), e ocorrem em um processo ascendente – local, estadual e nacional. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente em nível municipal, estadual e nacional e estão compostos por 25% de representantes dos governos (gestores) e prestadores de serviços, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 50% de representantes dos usuários. Além de participar na formulação de políticas, atuam no controle da aplicação da política de saúde no âmbito correspondente.

O Ministério de Saúde é o responsável pela regulação da rede privada complementar, que abarca a elaboração de normas para a regulação das relações entre o SUS e os serviços privados, e a regulação dos valores para a remuneração dos serviços.

Prestação de serviços

A carteira de serviços do SUS abarca desde a atenção primária, secundária e terciária (alta tecnologia), ofertadas pelos prestadores de serviços públicos e privados, que participam de maneira complementar no SUS. A proporção público-privada no país varia segundo o tipo de serviço e segundo a região. Uma grande parte dos leitos de hospital e as unidades de serviços de apoio ao diagnóstico do país são privadas (em 2005, 66% e 92% respectivamente), enquanto que a maioria das unidades ambulatoriais (atenção primária, secundária e terciária) são públicas (75%). No Nordeste 46,7% dos hospitais eram públicos em 2009, enquanto que os hospitais públicos do Sudeste representavam somente 29% do total.

As redes de serviços de saúde nas políticas de formuladas no SUS

As redes integradas de serviços de saúde não são algo novo nas políticas que regulam o SUS no Brasil. A Constituição de 1988 estabelece que os

serviços de saúde devam se organizar em forma de redes regionais e hierárquicas (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998), para garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade – atenção integral (Brasil, 2006c; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 1998). As normas posteriores (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011) foram introduzindo, com diferentes ênfases, instrumentos para a criação das redes, baseados principalmente no planejamento, assim como propostas para o desenho das redes. As últimas normas publicadas – em substituição às anteriores – foram: o Pacto pela Saúde, em 2006, Portaria 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização das redes, em 2010, e o Decreto 7.508, em 2011, que regula a Lei 8.080 em matéria de organização do SUS. O Pacto pela Saúde, e em menor medida o Decreto 7.508 e a Portaria 4.279, introduzem alguns elementos novos ao desenho das redes, sublinhando a importância de outros já propostos na legislação anterior.

Conceito de redes e seus objetivos

Apesar de o conceito de rede aparecer desde a Constituição Federal de 1988 (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998) e a Lei orgânica de saúde de 1990 (Brasil, 2006a), não se encontra uma definição clara das mesmas até a Portaria 4.279, de 2010 e o Decreto 7.508, de 2011, das quais se desprendem várias características chave: uma população definida com base geográfica, de âmbito supramunicipal – região; a integração vertical de serviços de diferentes níveis assistenciais; o "pacto" ou acordo entre os governos municipais e estaduais que a conformam como forma de relação; a integração funcional de sua estrutura, coordenando as funções de direção e apoio para toda a rede; e o modelo de organização dos serviços de tipo hierárquico (tabela 8-1).

Tabela 8-1. Definições de rede integrada de serviços de saúde nas politicas analisadas

Redes de Atenção à Saúde (RAS)	"acordos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidadão (Brasil, 2010)."
	"conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com o fim de garantir a integralidade da atenção a saúde (Brasil, 2011)"

As políticas utilizaram distintas denominações para se referir às RISS: Redes Regionalizadas e Hierarquizadas (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998), Redes de Serviços de Saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011), e nas normas mais recentes (Brasil, 2006c; Brasil, 2010), Redes de Ações e Serviços e Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Em relação aos objetivos definidos para as redes de atenção, o que se menciona com mais intensidade é a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade – atenção integral – (Brasil, 2006c; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 1998). O Pacto pela saúde e a Portaria 4.279 especificam o acesso a uma atenção de qualidade. Também se assinalam a melhoria da eficiência do sistema através das economias de escala, que são obtidos ampliando a área de referência da provisão de serviços à região, à promoção da equidade através da diminuição das desigualdades de acesso geográficas e sociais, e à cooperação e coordenação entre os gestores de saúde (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Além disto, estabelecem que a política de conformação de redes objetiva avançar na descentralização do SUS, promovendo o cumprimento das responsabilidades de cada ente federativo, através da assinatura de um pacto político que os comprometa.

O desenho das redes nas políticas

O desenho das redes destaca, pelas amplas responsabilidades outorgadas aos governos municipais em sua configuração, a indeterminação em relação às funções dos atores chave das redes e os critérios para sua organização (território de referência, níveis assistenciais, mecanismos de financiamento), assim como a negociação como base para sua conformação.

Os distintos níveis de governo desempenham diferentes **funções na formulação e implementação da política**: a elaboração das diretrizes da política, a coordenação, acompanhamento e avaliação de sua implementação, assim como a cooperação técnica e financeira com os municípios no processo, é compartilhada pelos governos federal e estadual, em seus respectivos âmbitos de atuação. Por sua vez, os estados são responsáveis por planejar as redes dentro de seu âmbito territorial (em colaboração com os municípios), e organizar e pactuar com os municípios as referên-

cias de pacientes de média e alta complexidade. Os municípios são os responsáveis pelo planejamento e organização da rede de atenção para sua população, em articulação com os estados, provendo diretamente, pelo menos a atenção básica, e garantindo a atenção especializada de média e alta complexidade, mediante provisão direta ou pactuada com outros municípios. Finalmente, os três entes federativos aportam os recursos financeiros humanos e tecnológicos para a conformação de redes, de acordo com o pactuado (Brasil, 2006c).

Esta distribuição de responsabilidades se caracteriza, por um lado, pela dotação compartilhada de funções como o planejamento, financiamento, organização e coordenação da rede, o que pode dar lugar à superposição ou vazios no cumprimento das responsabilidades, assim como a atribuição de amplas responsabilidades aos municípios. Isso requer competência técnica e política das secretarias de saúde municipais, para que negociem com outros municípios da rede para por em andamento processos complicados de contratação, coordenação do acesso, avaliação, etc.

Em relação ao **âmbito geográfico** no qual se encontram inseridas as redes, as políticas estabelecem critérios pouco concretos para sua definição: a contiguidade entre municípios e a existência de vias de comunicação, a resolutividade da oferta de serviços disponível, e a conciliação entre a equidade de acesso geográfico e a economia de escala (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Para a amplitude, se estabelece como requisito inespecífico que a rede compreenda pelo menos a atenção básica, urgências, especialidades, atenção psicossocial e vigilância em saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011), e não se estabelecem critérios relacionados com a **profundidade** dos serviços da rede (número de estabelecimentos por nível assistencial), nem sua **distribuição geográfica**.

A **forma de colaboração** principal entre os governos que participam na rede é o pacto, através do qual se estabelecem as diretrizes sobre a organização e funcionamento da rede (Brasil, 2006c). As políticas definem que os acordos devem ser definidos nas diferentes comissões intergovernamentais constituídas no âmbito nacional, estadual e regional, porém, sem especificar o que deve estabelecer cada comissão, nem como se articulam entre elas. Ainda assim, o pacto se converte na única fórmula de garantia do compromisso no cumprimento das responsabilidades que

se outorgam a governos municipais e estaduais, ao se eliminar o procedimento de acreditação para avaliar sua capacidade (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011).

Além do pacto, as normas contemplam outras formas de colaboração como os consórcios públicos de saúde – fórmulas de cooperação interfederativas para o desenvolvimento de ações conjuntas, e objetivos de interesse comum para melhorar a eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalidade das redes –, e o contrato de gestão para a relação entre o financiador público de serviços e o prestador de serviços de saúde (Brasil, 2010).

As políticas analisadas não formulam um **mecanismo de financiamento** global para as redes de atenção – ainda que evidenciem a necessidade de sua definição (Brasil, 2010) –, mas sim para os serviços de saúde os quais agrupam, definidos na legislação anterior.

Finalmente, **o modelo de organização da atenção nas redes** está estruturado em níveis hierárquicos de complexidade. Este se organiza a partir da atenção básica, que funciona como porta de entrada para o sistema, permitindo o acesso dos usuários de média e alta complexidade e como coordenadora da atenção ao paciente ao longo do contínuo assistencial (Brasil, 2006c; Brasil, 2010).

Instrumentos para o desenvolvimento das redes e estratégias para seu fomento

As políticas de redes propõem a implementação de um amplo leque de instrumentos para o desenvolvimento das redes (Tabela 8-2). No **âmbito macro**, predominam os mecanismos de planejamento das redes – o Plano Diretor de Regionalização (PDR), acompanhado pelo de Plano Diretor de Investimentos (PDI), para o desenho das redes, e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), para estabelecer os fluxos de pacientes entre os municípios que formam parte da rede –, e de compra de serviços públicos e privados mediante contratos de serviços.

No ***âmbito meso***, destacam os mecanismos para coordenar os entes governamentais que participam nas redes – as Comissões Intergovernamentais Regionais (CIR) – também chamadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) –, e para coordenar o acesso dos pacientes na rede – os complexos reguladores –. As CIR são espaços de negociação e colaboração

para a organização da rede, nas quais participam de forma obrigatória todos os gestores municipais da rede e representantes do governo estadual (Brasil, 2006c). Suas funções básicas são a definição de responsabilidades e recursos que devem dotar os entes que participam nas redes, o planejamento, coordenação do acesso ("regulação"), seguimento da Programação Pactuada Integrada - (PPI) e avaliação da rede. Os acordos sobre estes aspectos se formalizam através dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (COAP). O complexo regulador está composto por uma ou mais centrais de regulação (urgências, receita hospitalar, consultas e provas diagnósticas) e tem como função coordenar o acesso dos pacientes entre as diferentes unidades da rede. No âmbito micro predominam os mecanismos de coordenação de gestão baseados na programação – protocolos, linhas de cuidado, etc. –, e não se estabelecem mecanismos para compartilhar a informação dos pacientes. As linhas de cuidado são acordos sobre os papeis e tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais da rede para um processo assistencial específico, baseado em diretrizes clínicas (Brasil, 2010).

A implantação da maioria dos instrumentos propostos é responsabilidade dos municípios – coordenados pelos estados e pelas CIR – porém, não se especifica como se articulariam. Em outras pala palavras, não se define quem é o ente responsável. No caso das CIR, tão pouco se especifica o financiamento para a implantação e a estrutura administrativa necessária para desenvolver suas funções (Brasil, 2006c).

Por fim, as políticas analisadas propõem **estratégias para fomentar a implementação das redes de atenção** de diversa natureza, em geral pouco concretas: do tipo econômico - incentivos para estimular a criação de redes e implantar instrumentos para seu desenvolvimento (Brasil, 2006c; Brasil, 2010), investimentos para reformar e ampliar a oferta de serviços (Brasil, 2006c); normativo – elaboração de portarias específicas pactuadas nas comissões intergovernamentais (Brasil, 2006; Brasil, 2006c); e de formação - capacitação dos gestores municipais que integram a CIR (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Para a implantação destas estratégias se contempla dentro dos fundos federais transferidos aos governos estaduais e municipais, recursos específicos para a criação de redes sem concretizar os critérios de dotação (Brasil, 2006c).

Conclusões

A análise das políticas de redes de serviços de saúde no Brasil mostra debilidades importantes relacionadas com a falta de concretização de alguns dos elementos. Em primeiro lugar, a proposta reúne critérios pouco específicos para delimitar o âmbito territorial e os níveis assistenciais compreendidos nas redes, e a negociação entre municípios e estado como mecanismo para seu desenho. Não obstante, existem aspectos como o tamanho mínimo que deve ter a área de referência de uma rede, os serviços que devem ser integrados para obter economias de escala, ou a organização dos fluxos de referência e contrarreferência de pacientes entre os serviços da rede, que por motivos de equidade e eficiência, parece ser mais adequada a definição de forma planejada, por um nível central – por exemplo, os estados –, do que negociada.

Em segundo lugar, a insuficiente definição para a aplicação de instrumentos considerados chave para as políticas como as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Não entanto, é improvável que as CIR possam atuar sem financiamento e estrutura administrativa e sem que sejam definidas quais as competências dos estados e/ou municípios lhes serão delegadas, e como se coordenam com estes entes federativos para evitar duplicações.

Finalmente, as políticas tão pouco definem qual o mecanismo de financiamento das redes. Tal definição pode ser elemento chave para neutralizar, por um lado, os incentivos à concorrência entre os municípios e os estados pelos recursos para atenção especializada (que gera o sistema de dotação atual, baseada no procedimento), e por outro os desincentivos à coordenação entre níveis assistenciais (que supõe a combinação da alocação de recursos per capita à atenção básica, e baseada no procedimento para a atenção especializada).

Tabela 8-2. Estratégias e instrumentos para o desenvolvimento das redes de atenção a saúde en Brasil nas políticas analisadas

Âmbito	Tipo de estratégia/ferramenta/incentivos	Responsável
MACRO	• Ferramentas para o planejamento das redes – Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) (Brasil, 2006c) – Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde (PPI) (Brasil, 2002; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2010) • Ferramentas de compra de serviços às redes – Contratos de serviços entre financiadores e prestadores públicos e privados (Brasil, 2010)	Estados Estados e Municípios Municípios (Brasil, 2006c) Municípios, Estados e União (Brasil, 2010)
MESO	• Instrumento de coordenação da gestão das redes – Comissão Intergovernamental Regional (CIR) /Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Brasil, 2006c) – Contratos organizativos de ação pública de saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011) • Ferramentas para o planejamento das redes – Plano (PDRI) e programação regional, guia de diagnóstico (Brasil, 2010) • Ferramentas de compra de serviços às RISS – Contratos de serviços • Estratégias de coordenação do acesso ("regulação"): – Complexos reguladores, protocolos de regulação do acesso (Brasil, 2006c)	Municípios e Estados (Brasil, 2006c) CIR (Brasil, 2010) Municípios e Estados (*) (Brasil, 2006c) CIR (Brasil, 2010)
MICRO	• Mecanismos de coordenação de gestão – Protocolos clínicos (Brasil, 2006b; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 2011) – GPC (Brasil, 2010), Linhas de cuidado (Brasil, 2010), Programa de gestão de doenças (Brasil, 2010), Programa de gestão de casos (Brasil, 2010), auditoria clínica	Municípios e Estados (Brasil, 2006a) Não se define (Brasil, 2010)

(*) referências intermunicipais e interestaduais

Capítulo 9
O acesso ao contínuo assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto vista dos atores principais

Maria Rejane Ferreira da Silva, João Paulo Reis Braga,
Giselle Campozana Gouveia e Ederline S. Vanini de Brito

Os resultados que seguem se referem ao estudo sobre o acesso às redes de serviços de saúde, desde a perspectiva dos agentes principais: gerentes (GE), profissionais administrativos (PA), profissionais de saúde do nível básico (PSI), profissionais do nível especializado (PSII) e usuários do serviço cadastrados (USC) e não cadastrados (USD) em Unidades de Saúde da Família (USF). Para isso, foram analisadas três redes em Pernambuco: Recife, Paulista e Caruaru, a partir do estudo qualitativo sobre acesso e coordenação, baseado em entrevistas individuais semiestruturadas aos distintos grupos de entrevistado. A descrição dos métodos de coleta e análise se encontra no Capítulo 2.

Neste capítulo são descritas sequencialmente a opinião geral dos atores sobre o acesso. Em seguida ocorre a análise comparativa do acesso nas três redes, e dos fatores que influenciam no acesso à Atenção Básica (AB) e a Atenção Especializada (AE) nas redes e, em seguida, as conclusões do estudo. Nas análises foram enfatizadas as semelhanças e as diferenças existentes entre as três redes, as áreas geográficas e os discursos dos entrevistados.

Percepção geral do acesso aos serviços de saúde

Nas três redes predominou a percepção de difícil o acesso aos serviços de saúde, dado que os usuários encontram diversas barreiras para fazer uso dos serviços ofertados nas redes. Porém, se destaca a coincidência na opiniãoe de que o acesso ao nível básico, ainda que apresente muitas dificuldades, é mais fácil do que ao nível especializado (tabela 9-1).

Em Recife, são enfrentadas menos dificuldades de acesso do que em outros municípios da região. Entretanto, apesar de ter acontecido uma expansão da oferta de serviços básicos e especializados na capital, poucos profissionais de saúde perceberam melhora no acesso à rede como um todo. A oferta ainda é considerada insuficiente, observando-se escassez de recursos humanos e superlotação das unidades de atendimento.

Nas três redes a existência de bom acesso foi pouco destacada. Ainda assim, as considerações se referiram a aspectos pontuais da rede, como acessibilidade geográfica, garantia de atendimento e de marcação de consultas. Adicionalmente, em Caruaru e em Recife, a facilidade de acesso foi associada ao tempo de espera reduzido em alguns serviços e, apenas em Paulista, a percepção de facilidade relacionou-se à acessibilidade geográfica para a realização de exames.

Em todas as redes prevaleceu a percepção de que o acesso à AB é limitado para a maioria da população, em virtude, principalmente, da oferta de serviços insuficiente e da escassez de recursos humanos atuando neste nível de atenção.

O acesso à AE foi considerado pior do que à AB. E a percepção de um acesso ruim à rede como um todo estava frequentemente associada à impossibilidade de referenciar os pacientes para AE. Nas três redes existem barreiras que obstruem o fluxo do paciente dentro dos serviços de média e alta complexidade.

Os serviços especializados são considerados, nos três casos e em todos os aspectos, como insatisfatórios, inadequados e com tempo de espera prolongado. Assim como na AB, são poucas as opiniões sobre existência de facilidades no acesso aos serviços especializados. Em geral, as facilidades se referem a aspectos específicos, como disponibilidade adequada de insumos e acessibilidade geográfica. Entretanto, estes aspectos não foram suficientes para melhorar a percepção sobre o acesso na AE: *"O da gente eu ainda não classifico como bom acesso, porque ainda tem fila de*

espera, superlotação da unidade, eu tenho demora da definição do caso" (Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Recife).

Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde das redes

Os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde nas redes analisadas foram relacionados com a *gestão da rede*, com os *serviços ofertados* e com a *população*.

Fatores relacionados com a gestão das redes

Nas três redes emergiram fatores relacionados com a gestão da rede, que interferiam no acesso. O subfinanciamento dos serviços foi o mais expressivo obstáculo para o acesso a ambos os níveis de atenção. A política de expansão da cobertura com a ampliação da estratégia saúde da família destacou como elemento da gestão que influencia o acesso à AB, e a política de contratação dos serviços conveniados, o que influencia a AE. Além destes, em Recife e Paulista, considerou-se que a influência político-partidária na configuração e funcionamento das redes interferia unicamente no acesso ao nível básico. Em Paulista e em Caruaru, a *política de descentralização dos serviços,* foi vista como mais um elemento influente, porém, no acesso à AE (tabela 9-2).

Subfinanciamento dos serviços

Nas três redes, a insuficiência no financiamento dos serviços emergiu como o mais expressivo elemento da gestão que dificulta o acesso, tanto à AB, como à AE. Dele resulta a impossibilidade de instalação, manutenção adequada e de ampliação dos serviços. Em relação à AB, foi considerada precária a contrapartida de recursos repassados pelo Governo Federal, pois a verba destinada não cobre as despesas geradas pelas USF no município, impossibilitando a manutenção e ampliação da cobertura do programa (especialmente em Caruaru e Paulista). Além disto, dificulta a melhoria da resolutividade das equipes de saúde da família. "*Hoje, para um município pequeno ter uma equipe de PSF, o incentivo que o Ministério da Saúde dá, ele (o município) não cobre os custos efetivos de uma equipe de saúde, de uma equipe do Programa de Saúde da Família. E como a* "organização" *toda está montada em cima dessas equipes, você não consegue interiorizar,*

para que essas equipes estejam presentes nos pequenos municípios ou nos municípios mais distantes" (Gerente, Rede Caruaru).

Em Recife, foi ressaltado que o subfinanciamento é responsável pelo baixo investimento nos hospitais públicos, particularmente os universitários, e nos serviços públicos de média complexidade, o que se reflete em baixa qualidade dos serviços, na pobreza de investimentos em alta tecnologia, e na carência de recursos para compra de medicamentos, equipamentos e aumento da remuneração dos profissionais. Em Paulista, foi destaque o elevado custo da AE diante do baixo orçamento municipal para a saúde, o que resulta na escassez serviços especializados: "*Vem aquela história como o dinheiro está curto, não, a gente vai investir só na base, nova tecnologia é negócio para americano. [...] então acho que falta equipamento, falta dinheiro para equipamento, dinheiro para profissional entendeu*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Política de expansão da cobertura

Em todos os casos, o acesso aos serviços de saúde apresentou melhoras com a política de expansão da cobertura através da estratégia de implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) e do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), ampliando a oferta dos serviços básicos e aproximando geograficamente o atendimento do usuário. A existência e ampliação do PSF descentralizaram os locais da assistência, contribuindo para a diminuição da superlotação dos hospitais. Não obstante, considerou-se que a cobertura ainda é insuficiente para atender a demanda: "*Se não fosse esse posto eu acho que seria pior, porque se os hospitais já estão lotados com a quantidade de postos que têm nos bairros por aí, imagine se todos esses bairros não tivessem posto, todo mundo só poderia ir para o hospital. Então a situação seria mais feia, se não existissem esses postos em vários bairros como têm por aí. É muito difícil você chegar num bairro e não ter um posto*" (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Nas três redes de saúde houve discordância de opiniões quanto à influência da *política de expansão da cobertura* através da contratação de serviços conveniados sobre o acesso da população à AE. Por um lado, considerou-se que os acordos firmados entre a Secretaria de Saúde e os prestadores de serviços privados facilitavam o acesso porque ampliavam a oferta de serviços especializados. Assim mesmo, ressaltou a insuficiência

da oferta de consultas especializadas e de exames laboratoriais, pelos serviços conveniados, para atender a totalidade da demanda. Por outro, as falhas na contratação, no monitoramento e na fiscalização dos prestadores, leva ao descumprimento contratual da prestação dos serviços, gerando perda de recursos e impossibilidade de acesso da população aos serviços especializados. Nos três casos, apontaram-se como causas para o descumprimento dos contratos, a falta de compromisso dos gestores municipais e estaduais em fiscalizar e cobrar a efetiva e adequada prestação dos serviços acordados na PPI (Programação Pactuada Integrada). Além disto, o descumprimento contratual ocorre pela oferta de serviços maior do que a capacidade de disponibilização por parte de alguns conveniados, e pela inexistência de mecanismos para controle e transferência de recursos.

Influência da política partidária na configuração e funcionamento da rede

Em Recife e em Paulista também foi destaque a *influência da política partidária* como um fator que interfere na configuração e funcionamento da rede, especialmente quando se trata do gerenciamento dos recursos destinados aos serviços da AB.

As interferências políticas que limitam o acesso da população aos serviços de saúde caracterizaram-se pela falta de imparcialidade dos gestores, que optam por decisões tecnicamente inadequadas, como por exemplo, a implantação de unidades e equipes do PACS em territórios com menos necessidade de saúde do que outros, motivados por pressões de lideranças comunitárias e/ou objetivando obtenção de votos. A influência política também se manifesta através de interdições de unidades de saúde para reformas prolongadas na estrutura física, cujo objetivo é economizar recursos com a suspensão temporária de serviços. Em períodos eleitorais, alguns políticos demonstram interesse em ampliar serviços de saúde, em detrimento da precariedade existente em outros, apenas com o propósito de associar novos serviços a sua imagem eleitoral, provocando a descontinuidade de ações adotadas por gestões anteriores. Por outro lado, em períodos não eleitorais, ocorre a escassez de ações de saúde, com consequente indisponibilidade de alguns serviços: "*Nós temos posto interditado, nós temos dentista que não funciona, nós temos muita*

coisa errada, porque Paulista é uma cidade política" (Profissional administrativo, Rede Paulista).

Os interesses político-partidários permeiam inclusive os conselhos de saúde, onde acontece o clientelismo político manifestado através da troca de favores, o que traz como consequências a falta de comprometimento de profissionais indicados e protegidos por políticos e a falta de autonomia para decisões técnicas dos gestores das redes. Em Recife, houve referências a interferência dos conselhos em alguns processos, como por exemplo, a falta de alguns ACS ao trabalho, favorecidos pela condição de conselheiro de saúde e pelas ligações políticas, o que resultaria no precário funcionamento dos serviços e também no favorecimento, por parte dos ACS, de usuários em detrimento de outros.

Política de descentralização dos serviços

Em Caruaru e em Paulista a *política de descentralização dos serviços* foi considerada, por uma pequena parte dos entrevistados, um elemento que interfere no acesso da população. Em Caruaru, este fator se constitui como uma barreira, principalmente por falta de planejamento orçamentário adequado, o que faz com que ocorra déficit de recursos antes do fim do período orçamentário previsto. Como parte do problema, ocorre a ausência de articulação entre diferentes níveis de governo para assegurar a oferta e manutenção de serviços, especialmente daqueles de alto custo instalados em municípios que não têm recursos suficientes para a manutenção. Destaca-se, ainda, que os gestores não consideram estudos sobre a demanda do local no planejamento da oferta. Como consequências, ocorre a carência de recursos para garantir os serviços especializados, que funcionam com baixa qualidade, além da indisponibilidade de insumos e exames para estabelecer diagnósticos.

Em Paulista, a descentralização de unidades especializadas melhorou o acesso da população, diminuindo o tempo gasto para a chegada do paciente no local de atenção: "*Bom, porque foi descentralizado. Quando só existia uma era muito mais difícil, a pessoa sair lá de uma área do município e atravessar o município todinho para chegar. Mas, agora nós temos... uma policlínica no norte, outra no sul, outra no centro, outra no leste, outra no oeste. O que facilitou bastante*" (Gerente, Rede Paulista).

Fatores relacionados com os serviços

Em todas as redes e dos relatos de todos os grupos de entrevistados emergiram elementos que interferiam no acesso da população a ambos os níveis de atenção, relacionados com os serviços de saúde. Alguns de natureza estrutural e outros no âmbito organizacional.

Fatores estruturais que influem no acesso

A maioria dos entrevistados das três redes identificou como principais fatores estruturais, que incidem no acesso aos serviços de saúde: a oferta de serviços disponíveis para a atenção; o descumprimento do horário de trabalho; e a acessibilidade geográfica (tabela 9-3).

Oferta de serviços disponíveis para a atenção

A oferta de serviços foi expressivamente considerada, nas três redes, insuficiente em ambos os níveis e foi caracterizada pela baixa oferta de consultas e pela insuficiente disponibilidade de leitos. O impacto mais importante no acesso relacionado com a disponibilidade de serviços, sobretudo na AE, deveu-se a escassez de recursos humanos, a baixa qualidade da infraestrutura física e a insuficiente disponibilidade de insumos e provas diagnósticas. As consequências da insuficiência de serviços foram similares em ambos os níveis, com destaque à formação de demanda reprimida; tempo de espera prolongado; dificuldade ou forte escassez de vagas na média e alta complexidade; sobrecarga de profissionais; perda de qualidade da assistência, repercutindo em danos a população; bem como provocando a saturação de unidades básicas, especializadas, urgências e emergências.

Ressaltou nos resultados da pesquisa que, nas três redes, havia *deficiência de recursos humanos*, especialmente de médicos, tanto generalistas como especialistas. Em Paulista e Caruaru a situação é mais grave devido ao desinteresse de muitos profissionais em atuar fora de Recife, principalmente pela possibilidade de se ter melhores salários, poucas horas nos contratos e maior número de vínculos. No entanto, em todas as redes, há dificuldade para contratação de médicos, concorrendo para isto, além da indisponibilidade de médicos no mercado (várias especialidades), há a insatisfação com os salários, inexistência de políticas trabalhistas, como, por exemplo, plano de cargos e carreira (PCC) e jornada de trabalho apro-

priada para cada função. A insatisfação com os valores salariais oferecidos é um problema ainda mais relevante na AB e em algumas especialidades, como por exemplo, pediatria. As diferenças salariais entre municípios e entre níveis de atenção, além da competitividade, também produzem alta rotatividade dos profissionais nas unidades de saúde. Inexiste uma política de estabelecimento de teto salarial por região para os profissionais de saúde, de modo a incentivar a fixação em municípios mais afastados das capitais. Deste modo, os contratos são feitos levando-se em consideração o tempo livre do profissional entre um emprego e outro, ou a disponibilidade de tempo proposta pelos profissionais, preterindo as necessidades da rede: "*A demanda de formação de profissionais não é suficiente para determinadas áreas. Então a gente tem a escassez real de alguns profissionais no território*" (Profissional administrativo, Rede Recife).

A melhor oferta salarial nos níveis especializados da rede é um atrativo para a contratação de especialistas e, como consequência, em todas as redes, ressaltou a existência de equipes incompletas nas USF, principalmente sem médicos, sobrecarga dos demais profissionais e direcionamento da demanda aos locais que dispõem de médicos: "*Algumas equipes (de PSF) ou uma boa parte, falta médico porque o salário não é bom*" (Profissional administrativo, Rede de Paulista). A concentração insuficiente de especialistas nas capitais, associada à falta de ampla cobertura na AB, gera um ciclo vicioso nas três redes, que resulta na formação de demanda reprimida, tempos prolongados de espera, ausência de resolutividade, baixa qualidade no atendimento e a superlotação das unidades. Apenas em Paulista, a quantidade de oferta de recursos humanos foi considerada, por uma minoria (PA e PSII) satisfatória, especialmente a quantidade de especialistas em várias áreas, o que contrariava a opinião da maioria: "*Só tem um neurologista, só um endocrinologista. Um município desse porte devia ter vários profissionais especializados. Reumatologista, Paulista só tem um. Quer dizer, a gente trabalha em deficiência em vários setores*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista).

A baixa qualidade da infraestrutura física foi caracterizada pelo espaço físico inadequado para atendimento, resultando na limitada utilização dos serviços pelos usuários. Há falhas na implantação dos locais de atendimento, onde não se levou em consideração as necessidades das instalações físicas demandadas pelo serviço que se pretendia instalar.

A manutenção e limpeza das unidades são precárias e existem equipamentos quebrados e/ou obsoletos. Exclusivamente em Paulista, destacou que o vandalismo perpetrado por alguns usuários contribuía para a precariedade das instalações físicas dos serviços. Em muitas UBS a temperatura ambiente é alta, os espaços são pouco ventilados e sem mobília adequada para acomodar os usuários: "*Por incrível que pareça, o ambiente de serviço público ele é sujo, ele é feio, não tem comida adequada, não tem higiene adequada, não tem banheiros adequados, a maioria do serviço público é assim com honrosas exceções*". (Profissional da atenção especializada, Rede Recife). A inadequação da infraestrutura física no primeiro nível limita o acesso pela impossibilidade de cumprimento de atividades assistenciais, propicia condições inapropriadas de trabalho, que provocam problemas de saúde nos profissionais de saúde, condicionando-os à desistência laboral no serviço: "*Onde eu trabalhei, também teve uma parede que caiu. Então, assim, são postos que estão precisando passar por uma manutenção, só essa parte de infraestrutura que está precisando dar uma melhorada*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista).

Igualmente ao que acontece na AB, na atenção especializada, a inadequada infraestrutura física das unidades de média e alta complexidade funciona como barreira ao acesso nas três redes. Frequentemente, a insuficiência de vagas para atendimento ou internação ocorre por falta de matérias e equipamentos: "*A grande dificuldade do acesso é mais o número de vagas da UTI mesmo, que é muito limitado por falta de material. E a gente não tem espaço físico para aumentar esse número de leitos; É esse mesmo que já está até muito próximo um leito do outro, que seria o ideal mais afastado um pouco*" (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

A *escassez de insumos e medicamentos gratuitos* para o atendimento da população também foi referido como um dos elementos da oferta dos serviços que atrapalha o adequado cuidado na rede. Na AB, algumas unidades carecem de estufa, gases, curativos, medidores de pressão, medicações básicas ou específicas e vacinas. Também faltam insumos nas unidades da AE das três redes. Em Recife, a falta de insumos parece ser provocada, além do subfinanciamento, pelas falhas no planejamento das compras e distribuição dos produtos, em virtude da falta de estimativa de ampliação da demanda ao longo do ano. Em decorrência da falta de

insumos, nos três casos, destacam a redução na oferta de leitos disponíveis; as dificuldades ou impossibilidade de realização do atendimento na unidade; a interrupção de tratamentos, deslocamento dos usuários para unidades de saúde mais distantes e redirecionamento da demanda básica para serviços especializados: "*Quando chega um paciente aqui, a gente não tem resolutividade. Não tem uma medicação para que possa fazer baixar rápido a pressão do paciente. Não tem uma medicação injetável*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

A *escassez de exames* nas três redes de saúde é considerada um expressivo elemento que dificulta o acesso apenas aos serviços especializados, em função da oferta ser menor do que a demanda. Em Recife, a insuficiência de exames na AE decorre das falhas na contratação e fiscalização dos serviços conveniados, ocorrendo descompasso entre o que é contratado e o que é ofertado na prática pelos prestadores. Em Paulista, a oferta de laboratórios na rede é insuficiente e há déficit de profissionais especializados para a realização de alguns exames. Em Caruaru, a insuficiência de provas diagnósticas ocorre em decorrência da ausência de manutenção adequada nos aparelhos e a baixa capacidade instalada de serviços privados de saúde no município. Nas três redes, o tempo de espera para realização de exames é prolongado. Torna-se impossível referenciar o paciente, pois o acesso ao nível de referência está vinculado à posse de resultados de exames. Em Caruaru, com frequência os usuários custeiam seus exames na rede particular para não atrasar o tratamento, assim como ocorrem internações desnecessárias de pacientes em unidades hospitalares para a realização de provas diagnósticas: "*Muitas vezes ele chega até seis meses para conseguir, realizar exames. [...] nós não dispomos de laboratório, dificulta nosso atendimento. O nosso atendimento complica quando você precisa de um simples hemograma, não tem um raio x, não tem. Aí tem que demandar o paciente para outra atenção, para outro município muitas vezes. Já fazer uma coisa simples, que poderia a gente estar dando diagnóstico e resolvendo o problema dele aqui*" (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista).

Por fim, outro aspecto destacado como consequência da oferta insuficiente de serviços, foi o uso do conhecimento pessoal entre usuários e funcionários das unidades de saúde e entre esses e outros profissionais sanitários de outros locais para conseguir acesso. Essa prática tem como

objetivo conseguir a agilização do atendimento de pacientes em unidades básicas e especializadas, inclusive em urgências e emergências. Nas três redes, a rede de conhecimento e comunicação informal, feita através da troca de bilhetes, e-mails e telefonemas para conhecidos, funciona como uma alternativa para os profissionais tentarem resolver as necessidades dos usuários. Em Recife, a rede de conhecimento foi apontada como obstáculo e como facilitador do acesso apenas na AB, e nas demais redes foi considerada unicamente como influente facilitador no acesso à AE. A comunicação informal, em geral, amplia a chance de um paciente ter acesso aos cuidados que necessita com menos tempo de espera, especialmente na AE. Não ter conhecidos na rede pode resultar em uma demora de meses para consecução de atendimento. Contudo, em Recife, o acesso à AB através da comunicação informal é considerado também um problema, uma vez que este mecanismo, amplamente utilizado, favorece familiares e amigos, em detrimento de outros usuários, gerando iniquidade de acesso; "*Se você conhece uma pessoa de lá de dentro (do hospital) que fique mais fácil. Mas se não conhece, elas ficam enrolando, você fica ali duas a três horas. Às vezes nem é atendido. [...] Conversa com alguém de lá, aí facilita bastante. Agora, se não for assim, nem vá*" (Usuário cadastrado, Rede Caruaru).

Descumprimento do horário de trabalho

O descumprimento do horário de trabalho dos profissionais de saúde da AB e da AE emergiu como outro elemento relacionado ao serviço de grande importância para limitar o acesso. O não cumprimento do horário é praticado por várias categorias de profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais administrativos), entretanto, a maioria considerou que o desrespeito do médico ao horário de trabalho é mais expressivo que o dos demais profissionais. Nas três redes, tanto na AB quanto na AE, os atrasos e saídas antecipadas se devem fundamentalmente pelo excessivo número de vínculos de trabalho da maioria dos profissionais. Evidenciou-se, nos três casos, a ausência do médico no horário de atendimento, perdas de consultas agendadas e tempos de espera prolongados. Por outro lado, este problema se perpetua pela falta de fiscalização e pela limitação de gestores e de gerentes para coibir ou criar alternativas que impossibilitem essa prática. Unicamente na AB se

justificou o descumprimento de horário laboral pela insatisfação salarial e discordância quanto ao modelo presencial de 40 horas semanais nas USF. A diminuição de ações preventivas e a falta de visitas domiciliares foram mencionadas como consequências apenas na AB: "*Têm vezes que eles vêm, têm vezes que não vêm. É assim, quando eles não vêm a gente vai embora, quando eles estão nos atendem. É assim. Porque, às vezes, a gente adoece, quando não tem médico aí, tem que encaminhar para a policlínica*" (Usuário cadastrado, Rede Caruaru).

Acessibilidade Geográfica

As opiniões quanto à influência da acessibilidade geográfica sobre o acesso dos usuários foram mais expressivas quando se tratou da AB. Nos três casos, existiram opiniões contraditórias relatando facilidades e dificuldades para chegar ao local de atendimento e fazer uso dos serviços de ambos os níveis de atenção.

Nas três redes, a maior parte das unidades básicas de saúde foi considerada adequadamente localizada para facilitar tanto o acesso da população, quanto o deslocamento a pé dos profissionais até as residências dos usuários. No entanto, em algumas áreas, inexistem unidades básicas, ou as que existem não são centralizadas no território. Existem ainda unidades básicas de saúde instaladas em áreas violentas e em locais de morro, com escadarias e córregos no caminho, que dificultam a acessibilidade da população adstrita ao território: "*Porque a gente não tem aqui dificuldade geográfica. A unidade de saúde não está bem centralizada, mas também o acesso não é tão dificultado, pela área geográfica mesmo que não é tão distante assim. Dá para chegar até a unidade com certa facilidade*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Por outro lado, em Recife e em Caruaru, a acessibilidade a algumas das unidades da AE é prejudicada em decorrência da distância e pela carência no sistema de transporte público que garanta a mobilidade dos usuários. Isso resulta em aumento de gastos de tempo e dinheiro com deslocamentos, ou ainda a desistência da população em procurar atendimento. Contrariamente, nestes mesmos municípios, outras unidades foram consideradas estrategicamente posicionadas de modo a facilitar a chegada dos usuários. Em Paulista, sobressaiu que a localização dos

serviços especializados é adequada, mesmo estando à maioria dos serviços de alta e média complexidade em outro município (Recife).

No que se refere à estrutura arquitetônica, apenas em Recife houve destaque à falta de estrutura que permita a acessibilidade de pessoas com limitações, como, por exemplo, a falta de rampas de acesso: "*Eu acredito que não tenha dificuldade, não (pra chegar ao hospital), que é bem localizado, é no centro da cidade e passa ônibus o tempo todo. Têm várias formas de transporte alternativo aqui. Que o acesso que acredito, não seja dificultoso, não*" (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Fatores organizativos que influem no acesso

Os principais fatores organizativos que influenciam o acesso aos serviços de saúde nas três redes investigadas são os tempos de espera; os horários de atendimento; os mecanismos para solicitação de consultas e os encaminhamentos inadequados do nível básico (Tabela 9-4), este último citado apenas na atenção especializada.

Tempos de espera

Nas três redes, os tempos prolongados de espera para a utilização dos serviços foi observado como o principal fator organizativo que influi no acesso à AB e à AE, emergindo com força nos relatos de todos os grupos de entrevistados. Em todos os casos, o tempo de espera prolongado foi expressivamente considerado como barreira, sobretudo na AB. Porém, em Recife e Caruaru, ainda que em menor intensidade (US, PSI), o tempo de espera foi considerado reduzido para o atendimento nas UBS. Comumente o usuário aguarda semanas e até meses, entre o dia da marcação da consulta e o momento do atendimento na AB. Nas três redes, o tempo de espera prolongado ocorre já no agendamento da consulta, uma vez que o usuário tende a pernoitar ou madrugar e esperar horas na unidade, após aberta, para conseguir uma ficha de marcação. Frequentemente os usuários não conseguem o agendamento nas primeiras tentativas e essa busca pode demorar semanas. O sistema de agendamento, com dias predeterminados no mês para a marcação, foi visto como uma das causas dessa dificuldade no acesso à AB. Apenas em Paulista foi referido à existência de um longo tempo de espera para fazer e receber provas diagnósticas na AB, ao passo que em Recife e Caruaru, o tempo prolongado de espera para

exames ocorre na AE: "*Então, assim, a demanda é bem maior e aí você termina sendo agendado para um tempo muito superior. Isso aí, muitas vezes, dependendo do tipo de patologia, muitas vezes, pacientes que não chegam nem a realizar a cirurgia, vai a óbito antes de acontecer*" (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Em Recife e Paulista, o tempo de espera foi considerado reduzido para o atendimento em unidades especializadas, com a possibilidade de atendimento com intervalo de poucos dias entre o agendamento e a consulta, ou no dia seguinte ao agendamento.

Em relação ao tempo de realização e recebimento provas diagnósticas, a demora pode ser de mais três meses em ambos os níveis, conforme a expressão da maioria. Todavia, o tempo é mais curto no âmbito hospitalar (UTI), devido à existência de um sistema de prioridade para pacientes em uso da alta-complexidade. Em Recife e Caruaru, destacou a internação hospitalar como alternativa utilizada tanto por médicos como por usuários, para dar celeridade à realização de exames. No primeiro caso, em geral, há uma avaliação de potencial gravidade clínica. Já no segundo caso, o fracasso nas tentativas de acesso motiva o usuário à simular um quadro clínico mais grave do que o real, para poder ser internado, realizar o exame que precisa e obter o diagnóstico e o tratamento.

Em Caruaru, o tempo de espera foi considerado –com pouca intensidade (PSII)–, reduzido para a realização e recebimento de resultados de exames nos hospitais. Contraditoriamente, considerou-se que há maior celeridade de realização e emissão de resultados na UBS do que na policlínica (US): "*Normal. Chegou lá, não demora muito, não. É muita gente, mas chegou lá é atendido rapidinho. Não demora não. A demora de espera é no mínimo 20 minutos. É o normal*". (Usuário sem cadastro, Rede Recife).

De uma maneira geral, a demora na utilização dos serviços é decorrente dos problemas de infraestrutura anteriormente analisadas, com destaque à insuficiência da oferta de serviços (cotas de consultas e exames, leitos, etc.) e, nos três casos, a demora no acesso aos serviços resulta em impossibilidade ou atraso no diagnóstico e na prescrição de tratamento; nas internações prolongadas à espera dos resultados de exames, o que diminui a oferta oportuna do número de leitos. "*Então assim, muitas vezes a gente interna um paciente porque a gente precisa agilizar os exames. Ele precisa de um ultrassom mais rápido, ele não vai poder esperar um mês*

para uma colonoscopia ou endoscopia. (...) então a gente tenta internar esse paciente para agilizar os exames" (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).

Horários de atendimento

Os horários de atendimento emergiram, nas três redes de saúde, como um fator que incide exclusivamente sobre o acesso aos serviços da AB. Apesar da existência de citações que identificaram o horário de atendimento, tanto como uma barreira quanto como um facilitador, não ocorreram contradições de opiniões dentro da mesma rede, ou seja, enquanto em Paulista, o horário de atendimento foi citado apenas como um promotor do acesso, em Recife e Caruaru, emergiu unicamente como um obstáculo: "*Quando meu neto adoece, a gente tem que ir para fora (da comunidade), porque só atende de manhã. De tarde, não tem médico aí*" (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Na rede de Paulista, o horário de atendimento nas UBS foi considerado satisfatório em virtude de algumas unidades realizarem uma ampliação no tempo de atendimento para receber usuários que trabalham em horários diurnos. Os entrevistados de Paulista destacaram que nas UBS há disponibilidade do serviço todos os dias de semana pela manhã e a tarde, tanto para a marcação de consultas, quanto para a realização de atendimento. Não obstante, em Recife e Caruaru, as opiniões atestaram que o tempo oferecido pelas AB é limitado para que os usuários possam utilizar os serviços.

Vários problemas de natureza organizativa e estrutural, já analisados, foram apontados pela maioria como causa da limitação do horário de atendimento das unidades. Os mais destacados foram o descumprimento das 8 horas de trabalho nas USF e, em alguns casos, a supressão do atendimento no horário da tarde; a definição de dias predeterminados para agendamentos; e a inexistência de atendimento no horário da noite, que dificulta o acesso de usuários que trabalham durante o dia. As implicações para o horário restrito de atendimento são expressas pela impossibilidade de uso dos serviços em finais de semana; pela necessidade de deslocamento para locais mais distantes em busca de atendimento; pela indisponibilidade de marcação de consulta fora dos dias de agendamentos; e o redirecionamento da demanda básica para os serviços

especializados: "*A gente diz que a porta de entrada é uma equipe de PSF, mas ela só funciona de segunda à sexta, até às cinco horas da tarde. Uma parcela da população, que passou o dia inteiro trabalhando, não tem como ser atendida à noite*" (Gerente, Rede Caruaru).

Mecanismos para a solicitação de consultas

A maioria dos entrevistados, em todos os casos, considerou que havia falhas no sistema de marcação de consultas evidenciadas na dificuldade que os usuários encontravam para agendar o atendimento na AE. Entretanto, vários entrevistados de Recife e Caruaru aludiram à existência de algumas facilidades que promoviam a marcação de consultas em suas respectivas redes: "*O tempo de espera para ser atendido é tranquilo, não demora muito. Por que se marca pouca quantidade, para você ter qualidade no atendimento*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

A raiz da dificuldade de agendamento encontra-se na insuficiente oferta de consultas especializadas, como também na exigência de marcação exclusivamente através do telefone ou diretamente nas UBS, ainda que sejam as consultas subsequentes, após a avaliação do especialista. Essa forma de agendamento muitas vezes, por um lado torna-se limitante para muitos usuários que não sabem ou têm dificuldade em realizar chamadas telefônicas, e por outro, as linhas telefônicas estão sempre ocupadas, ou as chamadas não são atendidas. Esse mecanismo, associado à norma de agendamento, ocasiona, apenas em alguns dias, tempos prolongados de espera para marcação de consulta e vários retornos dos usuários às unidades de saúde para obtenção do agendamento. "*No posto de saúde a pessoa esperar um mês pra tirar ficha. Será que a saúde da gente vai esperar isso tudo?*" (Usuário cadastrado, Rede Paulista).

Nas redes de Recife e Caruaru, algumas alternativas foram instituídas para facilitar o agendamento de consultas, como por exemplo, a marcação presencial para idosos em unidades da AE. Marcação de consulta também através da USF, já que os pedidos da UBS vão direto para a Secretaria de Saúde do município. Praticamente os mesmos elementos, que foram apontados como barreiras no agendamento por alguns, também foram compreendidos como facilitadores por outros entrevistados. A discrepância de opiniões dentro da mesma rede pode ser decorrente do entendimento de alguns profissionais de que os mecanismos de marcação de consulta são facilita-

dores, se funcionarem conforme planejado, o que resultaria em ampliação de estratégias de marcação da consulta e o atendimento na *AE* em tempos oportunos: "*Têm outros que estavam com uma pressa imensa e não conseguiu porque demorou para chegar. Aí, lá se vai mais 15 dias, um mês. Porque ele parece que só vem, só marca duas ou é três vezes por mês para ele [cardiologista] ali. E tanto para ele como para outro tipo de médico*" (Usuário sem cadastro, Rede Caruaru).

Encaminhamentos inadequados da AB para a AE

Com exceção dos usuários, todos os demais grupos de entrevistados fizeram referências aos encaminhamentos inapropriados de pacientes da AB para a AE, como um importante problema para o acesso aos serviços especializados nas redes de Recife e Caruaru. Os serviços primários apresentam baixa taxa de resolutividade e encaminham inadequadamente os pacientes para o nível seguinte de atenção. "*É um problema simples, que seria resolvido na atenção básica, está indo já para uma média e alta complexidade, ocasionando a superlotação desses hospitais*" (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).

Além de razões estruturais como, por exemplo, a carência de insumos nas UBS (materiais básicos para atendimento e medicamentos) e cobertura insuficiente de serviços, a pouca resolutividade na atenção básica -que gera encaminhamentos inadequados -, destaca a formação inadequada dos profissionais de saúde para o cargo. Uma parte importante dos médicos das UBS, principalmente em Paulista e Caruaru, não se sentem seguros para definir diagnóstico,solicitando em demasia o apoio dos serviços especializados, e outros encaminham pacientes, sem antes tentar resolver o caso na UBS, com o objetivo de diminuir demanda para atendimento. Na AE das duas redes, o número elevado de encaminhamentos desnecessário se traduz na diminuição da oferta de vagas nas unidades especializadas e a superlotação desses serviços: "*Alguns atendimentos que poderiam ser feitos, eles não fazem. Remete logo para o serviço especializado. (...), mas isso é consequência da má formação do profissional que está lá na ponta e não querem mais fazer clínica. Eles só querem imagem. Aí, superlota o serviço*" (Gerente, Rede Recife).

Fatores relacionados com a população

Foram identificados, com a população, apenas dois fatores relacionados que influenciaram no acesso à AB e à AE (Tabela 9-5). São eles: as *características econômicas e sociais* da maioria da população usuária; e o *conhecimento de direitos e uso adequado dos serviços*.

Características econômicas e sociais

Nas três redes, as condições socioeconômicas da maioria dos usuários são precárias e influem unicamente, obstaculizando o acesso a ambos os níveis de atenção. A pobreza da população dificulta o acesso à AB e AE. Falta dinheiro para comprar os medicamentos que não são disponibilizados ou faltam nas UBS, impedindo que os usuários possam seguir o tratamento recomendado. Do mesmo modo, limita a chegada dos usuários às unidades de atendimento por não terem recursos para o transporte: "*Eu não sei se vou comprar o remédio, porque a gente já não está podendo com o dinheiro que a gente ganha. [...] A gente não pode comprar um remédio, fica sem tomar, por que não tem condições de comprar*" (Usuário cadastrado, Rede Recife).

Conhecimento de direitos e uso adequado dos serviços

Muitos dos entrevistados ressaltaram que alguns pacientes deixavam de procurar assistência a sua necessidade de saúde por desconhecer qual o serviço oferecido nas redes. Entre os motivos para desinformação do usuário está a inexistência de divulgação de serviços no âmbito da atenção primária, a falta de oportunidade ou de interesse da população de assistir as atividades educativas prestadas nas UBS, e das falhas do trabalho preventivo realizado pelas UBS e pelo PACS. A falta de informação sobre os serviços primários adia a busca de assistência e propicia a procura dos usuários pelos serviços com a saúde já está bastante deteriorada: "*Ainda hoje a gente vê claramente, em alguns pontos, em vários territórios, que as pessoas não sabem nem o que é Programa de Saúde da Família*". (Gerente, Rede Recife). Outro problema decorrente da falta de informação é o desentendimento entre profissionais de saúde e usuários. Alguns pacientes não compreendem a sistemática do serviço, nem quais ações cabem às equipes do PSF. Exigem serviços não correspondentes às funções dos profissionais ou atendimento imediato nas unidades. Na AE, o

nível de informação que os usuários possuem sobre os serviços especializados foi descrito, majoritariamente, como insuficiente, se caracterizando como um obstáculo para o acesso dos usuários nas três redes de saúde. Entretanto, nos municípios de Recife e Caruaru, considerou-se adequado o nível de conhecimento dos usuários sobre os serviços da AE: "*Eu acho que os próprios pacientes sabem. Eles são muitos sabidos. Eles sabem todos os caminhos. Eles sabem como chegar num médico no Hospital XXX, chegar no Hospital YYY, chegar no hospital ZZZ. Eles sabem e fazem e usam esse direito que eles têm*" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

O baixo nível de informação da população sobre os serviços decorre da falta de divulgação sobre o funcionamento da rede, o que traz como consequências para o acesso, a superlotação dos hospitais e emergências, e o desentendimento entre usuários e profissionais de saúde. Por outro lado, uma parte dos entrevistados destacou que o nível de informação de parte da população é adequado, o que é resultado do conhecimento dos usuários sobre seus direitos na saúde e pela continuidade de vários anos da regulação, possibilitando que a população conheça, pouco a pouco, os trâmites do sistema no nível especializado. Um bom nível de informações sobre os serviços facilita o acesso aos distintos níveis e atenção, especialmente na AE: "*O que dificulta, quando você não passa pelo serviço certo? Você, por exemplo, vai direto pra Hospital XXX. Chega no Hospital XXX diz: "Volta para teu PSF". Vai começar tudo de novo*" (Gerente, Rede Recife).

Conclusões

O acesso aos serviços de saúde foi descrito pela grande maioria dos entrevistados como muito difícil nas três redes analisadas. Muitas barreiras foram identificadas em ambos os níveis assistenciais em todos os casos. Foram poucos os facilitadores citados nas entrevistas realizadas. Nas três redes, a percepção do acesso, descrita pela grande maioria como deficiente, foi decorrente das dificuldades que os usuários têm que enfrentar quando necessitam dos serviços básicos e especializados. Entre os depoimentos emergiram obstáculos para o acesso relacionados com a gestão, com a estrutura e organização dos serviços, e com a própria população que faz uso do que é ofertado nas redes de Recife, Paulista e Caruaru.

Os fatores apontados como facilitadores ou como barreiras pouco se diferenciaram entre as redes pesquisadas. Os fatores que influenciam o uso dos serviços também foram muito similares nos dois níveis de atenção, com poucas exceções presentes na organização dos serviços e nos elementos relacionados com a gestão, demonstrando que as barreiras no acesso estão presentes nas redes como um todo. Não obstante, destacou o aumento proporcional das dificuldades de acesso, na medida em que o usuário precisa ser atendido em níveis mais altos de complexidade. Ou seja, os serviços básicos têm poucas facilidades para o acesso, mas os especializados apresentam ainda mais barreiras para sua utilização.

Observou-se que nos três casos, um determinado fator influenciou significativamente em outros, como por exemplo, o subfinanciamento dos serviços, relacionado com a gestão, foi descrito como uma das causas da insuficiente oferta de insumos e de recursos humanos em ambos os níveis assistenciais. Simultaneamente, o tempo de espera prolongado, analisado como um fator organizativo dos serviços, também foi descrito como consequência de diversos fatores da gestão e da estrutura dos serviços, como por exemplo, na política de compra de atividade em serviços conveniados e na disponibilidade de recursos humanos. Isso demonstra que muitos dos fatores estão imbricados e se retroalimentam nas redes pesquisadas.

No nível básico de atenção, o fator que apresentou maior força e reincidência nos discursos dos entrevistados de Recife, Paulista e Caruaru, foi a importância da estratégia de saúde da família (ESF). Para os entrevistados, a existência e expansão do referido programa é imprescindível para a oferta de serviços primários nos três municípios. Contudo, quase todas as citações referiram-se à ESF como insuficiente para atender a totalidade da população, o que culmina em muitas áreas sem acesso aos serviços de saúde básica, ou com grande dificuldade para utilizá-los. Do mesmo modo, a baixa cobertura da atenção de média e alta complexidade contribui para a limitação do fluxo dos pacientes, determinando prolongados tempos de espera e a formação de filas virtuais.

Nas três redes, o uso inadequado dos serviços especializados por uma demanda de cuidados básicos, quase sempre foi apontado como principal motivo das superlotações nas unidades de média e alta-complexidade, especialmente urgências e emergências hospitalares. A busca por atenção aos níveis inapropriados para a necessidade do usuário demonstrou que

em todos os casos, as redes carecem de hierarquização do acesso e organização do fluxo do paciente.

Por fim, a condição socioeconômica deficitária e o baixo nível de informação da maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde, demonstraram que existem dificuldades que estão além das redes de saúde de cada município, e que devem ser objeto de interesse de políticas públicas de inclusão social.

Tabela 9-1. Exemplos de citações sobre percepção do acesso aos serviços de saúde

Dificuldade de acesso em ambos os níveis	"[...] para algumas pessoas, ela tem dificuldade de acessar qualquer tipo de serviço, seja atenção básica ou atenção especializada". (Profissional administrativo, Rede Recife) "Eu acho que temos muitos problemas na garantia do acesso [...] porque se ele tivesse acesso através do PSF, e tivesse as referências garantidas e reguladas, então, os problemas estariam resolvidos. Mas ele tem problemas, tanto no acesso, quanto nas referências e contrarreferências". (Gerente, Rede Caruaru)
Facilidade de acesso para alguns serviços	"Geralmente, as urgências sãos resolvidas. A gente tenta fazer o contato com a rede que a gente tem, seja o SAMU, seja o próprio distrito. Então, eu considero... bom. Nem é ótimo, mas também não é regular, não [...]." (Profissional do primeiro *nível de atenção, Rede Recife)* "Eu acho bom, porque eu já mandei marcar e num instante marca e eu sou atendida. [...] Foi rápido. Foi marcado e eu fui atendida. Graças a Deus deu tudo certo! [...]". (Usu*ário cadastrado, Rede Caruaru)* "Não é nem dificuldade. Eu acho que, assim, para alguns, exame é fácil até demais. Laboratoriais não têm problema". (Profissional Administrativo, Rede Paulista)
Dificuldade de acesso à atenção básica	"...uma área que não tem cobertura de PSF que é enorme... e uma área descoberta, que eu não sei precisar agora a quantidade enorme também descoberta. Então, realmente o acesso não é muito fácil por conta de poucos profissionais para atender aqueles usuários doentes e a gente não tem como resolver". (Gerente, Rede Recife). "Às vezes consegue marcar com a maior dificuldade. Aí, marca com vinte dias, com trinta dias". (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista) "Programas, acho que mais de 50% desativados, com equipes incompletas, sem médicos, sem enfermeiros. Não só aqui, vários municípios com essa estrutura toda funcionando de forma inadequada". (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)
Dificuldade de acesso à atenção especializada	"Agora para sair dali [da AB] para se direcionar para uma determinada especialidade, aí ele tem dificuldade". (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista) "*É dificuldade de acesso a esse tipo de procedimento especializado, longas filas de espera*". (Gerente, Rede Caruaru) "O acesso... eles têm. Agora como eu lhe disse, é um acesso a um atendimento precário, acesso tem... que tem médico, tem atendimento, mas precário. Não é um acesso decente, pelo menos não é o que preconiza o SUS. Acesso tem precário, mas tem. O que você poderia resolver no máximo em uma hora, você leva o dia inteiro". (Profissional Administrativo, Rede Recife) "Muitas vezes ele vem a falecer e não consegue a vaga de internamento". (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)

Tabela 9-2. Exemplos de citações sobre fatores relacionados com a gestão que influenciam no acesso

Subfinanciamento dos serviços	"Falta a fixação da contrapartida federal mesmo pra colaborar nessa fixação dessas equipes e a implementação dela. Muitas vezes, você tem abrangência de 70% e 60% do PSF, mas qual a resolutividade deles você precisa esta junto pra resolver, não só para está junto". (Gerente, Rede Recife) "A questão do financiamento do SUS, essa tabela é muito baixa. Por exemplo, a gente consegue o... hospitais universitários. Mas, serviços privados de boa qualidade, você só consegue na alta complexidade". (Gerente, Rede Recife)
Existência da Estratégia Saúde da Família	"Eu acho que realmente a Unidade de Saúde da Família aqui, veio só para somar, e assim eles precisavam mesmo, porque eles tinham que recorrer a bairros vizinhos. E tinha essa questão de está se deslocando, pegar dois transportes para poder chegar". (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista)
Expansão da cobertura através da contratação de serviços conveniados	"Eu acho que houve realmente uma oferta maior, tanto no setor publico, quanto através da compra de serviços do setor privado". (Gerente, Rede Caruaru) "A questão de UTI melhorou muito quando fizeram os convênios com os hospitais particulares. [...] essa melhora foi por conta da própria sociedade que começou a acionar o Ministério Público". (Profissional administrativo, Rede Recife)
Falhas na contratação de conveniados que dificultam o acesso	"[...] Não consegue ainda encontrar mecanismos de controle que a gente acredita que através do controle dos contratos, talvez a gente melhore. Licitações de serviços para quem entrem somente serviços que sejam resolutivos… os contratos que a gente tem com a rede complementar, não conseguem amarrar ainda muitas regras e fazer eles cumprirem determinadas coisas". (Profissional administrativo, Rede Recife)
Influência política no uso dos recursos destinados a saúde	"Porque aqui as coisas não têm continuidade. Muda uma gestão acaba. Eu mesmo fui treinada na outra gestão pra tabagismo. Ninguém mais falou em tabagismo. Cadê meu dipobiona, minha minha nicotina de mascar e cadê meu adesivo? Cadê o programa?" (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife)
Falhas na política de descentralização dos serviços	"A gente tem, por exemplo, o hospital de XXX de Caruaru, e temos a UTI municipal, que são dois procedimentos complexos e que não foi planejado. Então, não foi previsto o financiamento para essas duas unidades. Então, naturalmente sufoca o serviço. [...] Ele gera um complicador, porque se você coloca uma UTI, que tem um alto custo sem um devido planejamento pactuado com o estado, com o Ministério da Saúde, o próprio município pode sofrer no seu planejamento financeiro. Então, todo serviço deveria teoricamente e na prática também ele ser implantado a partir de demandas, de dados epidemiológicos, a partir de uma organização de um fluxo. [...]". (Gerente, Rede Caruaru)

Tabela 9-3. Exemplos de citações sobre fatores estruturais relacionados com os serviços que influenciam o acesso

	Insuficiente oferta de serviços disponíveis e de baixa qualidade
Oferta insuficiente de consultas nas unidades básicas e especializadas	"O pessoal dorme à noite todinha aqui na porta de casa. Chega na hora, não tem ficha. Fica uma confusão aqui na porta. [...] O problema não é o médico. O problema são as fichas". (Usuário sem cadastro, Rede Paulista) "A médica, por semana, ela atende cinco pessoas. Assim, no caso aqui, ela atende quinta-feira. Segunda-feira vai tirar ficha para Antônio Maria. Aí, ela atende cinco crianças, cinco adultos e cinco hipertensos durante essa semana todinha, quer dizer, quinze dias. Ela tem a semana todinha para atender essas quinze pessoas". (Usuário cadastrado, Rede Paulista). "A quantidade pequena [de cotas] que são oferecidas. Embora que a gente consegue, como é policlínica. [...] *Aí, a gente consegue com um pouco mais de facilidade, mesmo a quota sendo restrita.* [...] O resultado para os pacientes é a demora". (Profissional administrativo, Rede Paulista) "Eu acho que existe uma insuficiência de oferta, de ações de saúde, tanto em termos de leito, como de outras ações mais especializadas na região. Então é difícil você regular. Essa regulação na verdade é apenas formal. Não tem, assim, uma resolutividade". (Gerente, Rede Caruaru)
Baixa qualidade da infraestrutura física	"Os postos são muito antigos e estão precisando passar por reformas, que não estão saindo. Sendo aqui, eu cheguei aqui nesse posto há seis meses. Eu era de outro e lá eu passei quatro anos e os postos próximos ao de lá, também, era a mesma coisa. Precisava de reforma. Aqui os dois precisam, também, tem o teto caindo. Não tem condições de eles atenderem. Onde eu trabalhei, também. Teve uma parede que caiu". (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Paulista*)* "*É, aqui nesse hospital, que aqui é o exemplo que eu tenho, a gente só tem algumas dificuldades também de material... Pronto, nós temos seis leitos, mas no momento a gente está funcionando com cinco, porque está faltando uma coisa básica como um cabo de monitor para o oxímetro... é às vezes é* uma membrana para um respirador, algumas coisas simples que podiam ser sanadas de forma rápida. [...]" (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)
Oferta insuficiente de médicos na atenção básica e especializada	"O acesso não é muito fácil, por conta de poucos profissionais pra atender aqueles usuários doentes, e a gente não tem como resolver. Então, se a minha unidade hoje é a unidade básica tradicional, eu tenho um clínico geral para atender toda essa comunidade.. Com certeza, a demanda reprimida vai ficar enorme". (Gerente, Rede Recife) "Algumas equipes (de PSF) ou uma boa parte, falta médico, porque o salário não é bom". (Profissional administrativo, Rede Paulista) "[...] Ele tem o leito, ele tem o bloco cirúrgico, porém o bloco cirúrgico só funciona a partir de um programa de agendamento com profissionais, que vai do anestesista, ao cirurgião, à enfermagem. E aí, às vezes, ele pode ter um cirurgião, mas ele não tem o anestesista. Então, eles começam a ter uma programação reduzida. Aí, a maioria tem programações... aqui tem cinquenta e sete mil habitantes, ele realiza cirurgia nas terças e nas quintas, e pronto". (Gerente, Rede Caruaru)
Dificuldade para a contratação de médicos	"A gente tem assim, que estar sempre competindo com o salário de Olinda, com salário de Abreu e Lima, entendeu? Então, os municípios circunvizinhos, a gente está sempre de olho nos salários para não perder os profissionais, tanto eles para gente, como a gente para eles. Esse eu acho um ponto negativo". (Gerente, Rede Paulista)

Continua

Descumprimento do horário de trabalho	"O enfermeiro, ele tem três, quatro, cinco funções e em locais diferentes. E dificulta por quê? Pela locomoção. Isso vai acarretar um atraso. E os médicos... é muito comum você ver os médicos com horários fracionados, porque eles nunca estão realmente cumprindo horário que deveriam. Então, isso ai dificulta". (Profissional administrativo, Rede Caruaru) "Aí, eu acho que a falta de ação política, de cobrar. Assim, eu como sou enfermeira, sou muito exigida. A enfermagem é muito exigida. Se eu chegar 10 minutos atrasada, sou chamada atenção, mas se o médico chegar 6 horas da noite, está beleza. E a gente fica sem esse profissional até 6 horas da noite". (Profissional do primeiro n*ível de atenção, Rede Paulista)*
Falta de insumos para atendimento e tratamento	"E não tem material, nem tensiômetro para mim, que sou cardiologista. Não tem. Eu tenho que levar o meu material pra atender. Receituário às vezes eu tenho que levar do meu receituário pra atender o povo [...]. Tem material humano, tem os médicos, especialistas, mas não tem o resto que... para dar continuidade ao tratamento. Falta remédio. Falta, como eu disse, muitas coisas". (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)
Insuficiência de cotas para realização de exames	*"Às vezes, um exame que seja rotina dele pedir para determinados grupos de pacientes, ele tem 5 exames/mês. Então, ele seleciona de 240 (pacientes que necessitam) a oferta de 5 exames, porque se a consulta já é difícil você contratar para ter no SUS, alguns exames é mais ainda*". (Profissional administrativo, Rede Recife)
Favorecimento de familiares e conhecidos	"Quando encontro uma pessoa amiga, assim como eu falei com você, que trato bem, aí, eu falo com ela. Às vezes digo o que é que eu tenho: –"Será que dá para você falar com a doutora para conseguir essa receita?" [...] A turma tem que fazer aquele "jogo de cintura". Se você não tiver aqueles seus conhecidos, aquela sua amizadezinha, eles não encaixam". (Usuário sem cadastro, Rede Recife) "Agora vou ser muito sincera, é conhecimento mesmo, para a gente chegar lá é conhecer mesmo, vai pela emergência. Se não for conhecimento, você vai ficar aí parado aí, dois, três meses esperando"
	Acessibilidade geográfica
Dificuldade no acesso geográfico	"Tem gente que mora muito distante e o posto, como ele não está centralizado como deveria ser, num quadradinho e só... Ele não está. Ele não é assim, porque ele foi crescendo, crescendo, crescendo, e ele está quase em outro bairro, que não pertence à unidade da gente". (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru)

Tabela 9-4. Exemplos de citações sobre fatores organizativos relacionados com os serviços que influenciam o acesso

	Tempo de espera
Tempo de espera prolongado para receber atendimento	"Por isso que todo mundo vai direto para uma policlínica porque lá você chegando, o médico atende, mesmo aborrecido, mas atende de qualquer jeito. [...] ao passo que se for esperar pela Unidade de Saúde da Família, pelo Centro de Saúde, não vai. O acesso vai ser demorado. Por isso que corre tudo para as urgências". (Gerente, Rede Caruaru)

Continua

	"Você fez um AVC hoje, está com uma sequela. Você, até conseguiu ter o diagnóstico, fez a tomografia, conseguiu o diagnóstico, está realmente fez… está com um derrame e tem que marcar para um neurologista, para um neuroclínico. Você vai conseguir para quando essa vaga? Daqui há dois meses, três meses. E aí? "Como é que fica todo esse período que você está sem atendimento, sem medicação? Provavelmente você vai ter alguma complicação, ou vai deixar de ter uma melhora, uma reabilitação por falta da conduta correta". (Profissional da atenção especializada, Rede Paulista)
Tempo de espera prolongado para fazer e receber exames	"*Às vezes as pessoas passam 40, 50 dias esperando para fazer um exame, para fazer uma ultrasonografia, para fazer um raio-x. Eu acho... a oferta não é suficiente. Talvez até... não, eu acho que a oferta é insuficiente mesmo. Além da desorganização, na rede. Acho que é um aspecto de desorganização*". (Gerente, Rede Caruaru)
Agendamentos de consulta	
Marcação de consulta dificultosa	"Então assim. A gente ainda tem uma fila enorme de pessoas que saem sem consulta. Isso a gente tem. Isso é uma deficiência do serviço de saúde como um todo. Não é só nosso e o acesso com o 0800 dificultou mais ainda, porque nem todos têm telefone. Quem tem, diz que não funciona". (Profissional administrativo, Rede Recife) "Então, se encaminha para uma unidade de urgência... quando ele chega nessa unidade ai ela diz assim: "A gente não está marcando ou quem tem que marcar é o posto. Volte outro dia". (Profissional administrativo, Rede Recife)
Mecanismos para facilitar a marcação de consultas	"Para poder marcar uma consulta, abrimos a marcação presencial para os idosos, que tem muita resistência em utilizar o sistema do 0800. Então, muitos aqui da região metropolitana preferem vir presencial marcar. Fazemos também presencial para os exames. " (Gerente, Rede Recife) "[...] nós temos o sistema de 0800, em que os pacientes podem ligar por telefone e marcar. E a demanda foi tão grande que nós até já ampliamos até os telefonistas para poder atender e as linhas, para poder atender através do telefone" (Gerente, Rede Recife)

Tabela 9-5. Citações sobre fatores relacionados com a população que influenciam o acesso

Condição socioeconômica deficitária	"Tem até a barreira do acesso financeiro para muitos pagar esse deslocamento. [...] não tem recursos para sair da comunidade para ir buscar auxílio mais distante. [...] como é que o cara vai andando para uma consulta de fisioterapia? [...] às vezes ele passa meses esperando uma consulta, consegue marcar. Mas se no dia da consulta ele tiver sem dinheiro da passagem, ele não vai". (Profissional administrativo, Rede Recife)
Falta de informação sobre os serviços	"Olhe. *É a falta de conhecimento das pessoas em relação ao que é o PSF, ao que é a policlínica, e ao que é o hospital XXX. Então, as pessoas se confundem muito... eles acham que o PSF só está aberto para vir pegar medicação de hipertensão. Eles acham que quando sentirem alguma dor de cabeça, tem que ir pra policlínica*". (Profissional do primeiro n*ível de atenção, Rede Caruaru)*

Continua

	"Eu acho que informação, educação, eu acho que ela é a base de tudo. Eu acho, porque vê só! Você pode ter o meio de condição para ir, mas se você não procurou o PSF para ser encaminhado, você vai para onde? Vai para o Hospital XXX? "Ah não! Eu vou para o que está mais perto". Policlínica XXX vai ser atendido? Vai. Mas eu acho que informação é o que dificulta. Porque se você tem uma informação certa, encaminhada, é mais fácil. Até o acesso da pessoa lá, vai chegar com encaminhamento, você vai chegar com hipótese diagnostica". (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru)

Capítulo 10
A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais

Ederline S. Vanini de Brito, Maria Rejane Ferreira da Silva
e Ingrid Vargas Lorenzo

O objetivo deste capítulo é analisar a coordenação assistencial nas redes de saúde de Recife, Paulista e Caruaru, sob o ponto de vista dos atores sociais envolvidos: gerentes, profissionais administrativos e profissionais de saúde do primeiro e segundo nível de atenção. Os resultados foram gerados através de estudo qualitativo, baseado em entrevistas individuais semiestruturadas, com os distintos grupos de entrevistados. A descrição pormenorizada dos métodos de coleta e análise se encontra no capítulo 2.

Nas narrativas destes atores, foram analisadas suas opiniões sobre a coordenação assistencial, fatores que influenciavam a configuração das redes e a coordenação assistencial na rede, bem como o conhecimento e opiniões sobre o uso dos mecanismos de coordenação existentes em cada rede. No final dos resultados, são apresentadas as principais conclusões da análise. Nesta análise, foram destacadas as diferenças entre as três redes pesquisadas e entre opiniões dos grupos de entrevistados.

Opinião geral e fatores que influem na coordenação assistencial

Opinião geral sobre a coordenação assistencial

Nas três redes, houve consenso de opiniões em relação à inexistência ou fragilidade na coordenação da assistência entre os distintos níveis de atenção. Para os entrevistados, os problemas de coordenação estão presentes em ambos os níveis assistenciais: *"A coordenação para mim ainda é muito limitada, ela é muito frágil. A gente tenta manter uma rede com todos os serviços articulados, mas isso ainda não aconteceu mesmo..."* (Profissional de saúde de primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Os entrevistados se referiram às falhas na coordenação de diversas formas, como por exemplo, *"falha ou inexistência de coordenação entre os níveis", "coordenação incipiente", "inexistência de rede"e "desarticulação entre os serviços"*. Destacaram, especialmente, dificuldades relacionadas com a falta de coordenação do acesso dos pacientes nos níveis assistenciais especializados (**coordenação administrativa**): encaminhamentos das centrais de regulação sem definição do centro de atendimento, ou a serviços inapropriados, tempos de espera elevados na marcação de consultas, etc. Também foram ressaltados aspectos relacionados com a inadequação dos encaminhamentos de parte dos profissionais do primeiro nível, a falta de colaboração entre os níveis e ausência da prática de contrarreferências do paciente ao primeiro nível (**coordenação da gestão clínica**). Também foram apontadas deficiências na transferência de informação entre os níveis (**coordenação de informação**), com especial evidência nas redes de Paulista e Caruaru, o que dificulta o acompanhamento do paciente pelo médico do primeiro nível de atenção, e implica no reinício do processo diagnóstico pelo especialista (tabela 10-4).

Fatores que influenciam a configuração das redes

No discurso dos entrevistados, principalmente gerentes, surgem características do sistema de saúde que conduzem a que os distintos atores das redes – governo do estado, municípios e prestadores de serviços conveniados – tenham interesses opostos à conformação de redes integradas de serviços de saúde. Entre elas destacam a existência de incentivos econômicos opostos à integração em redes no sistema de saúde, aos que

se acrescentam a insuficiente capacidade dos municípios para exercer suas competências na organização das redes e os interesses político-partidários. Estes fatores conduzem ao débil planejamento das redes e o descumprimento da atividade pactuada. Ambos os obstáculos são importantes para a coordenação entre níveis assistenciais (tabela 10-5).

Muitos dos entrevistados assinalaram a existência de fortes incentivos para os fornecedores, públicos e privados (conveniados), a não proporcionar a atividade assistencial pactuada no planejamento da rede. Por um lado, o mecanismo de alocação de fundos aos municípios, baseado na produção de serviços, junto à inexistência de penalizações, incentiva aos municípios de referência da rede a pactuar mais serviços de que sua capacidade real, para receber mais fundos, e ao restante, a encaminhar inadequadamente os pacientes, para diminuir os gastos: "*Às vezes os municípios ofertavam coisas que nem tinha instalado entendeu? Ou às vezes era uma oferta que já não supria a necessidade do próprio município. Aí ele dizia "não oferta eu tenho e ainda dou prá... eu posso vender prá outros*" (Gerente, Rede Paulista).

Por outro, segundo alguns entrevistados, a busca de rentabilidade dos prestadores de serviços privados, junto com a ausência de contratação formal e avaliação pelos financiadores públicos, implica no descumprimento dos acordos sobre a atividade assistencial.

A inadequada qualificação das equipes técnicas municipais, identificada com especial intensidade nas redes de Paulista e de Caruaru, limita o planejamento e organização adequados da rede, a contratação e avaliação de prestadores de serviços privados e a implementação de mecanismos de coordenação entre níveis. As limitações se atribuem ao financiamento insuficiente dos municípios, às barreiras burocráticas para acessar os fundos federais para o fortalecimento destas funções, e à dificuldade para contratar profissionais capacitados nos municípios do interior: "*Quando a gente fala na organização da rede, existe uma necessidade de que você tenha recursos para implantar serviços, não é? No próprio território. E exige a condição de você ter a capacidade técnica de compor uma equipe, não é? Que seja capaz de organizar esse Sistema de Saúde... nem sempre isso acontece*" (Gerente, Rede Caruaru).

Ambos os fatores, incentivos econômicos e limitada capacidade técnica, emergem estreitamente ligados a um terceiro, com especial **intensidade**

nas redes de Paulista e Caruaru: a interferência dos interesses político-partidários, que conduz ao crescimento desordenado dos serviços, pois os diferentes níveis de governo concorrem pelo investimento em novos serviços com fins eleitorais, e contribuem ao desenvolvimento paralelo de serviços que não se coordenam entre si, e duplicam a aplicação dos recursos: "*(...) foram implantados quatro hospitais na gestão anterior, deu um pulo de cinco prá quarenta e duas unidades da atenção básica e muitos serviços especializados. (...) eles não foram é... implantados de uma forma ordenada organizada, né?! (...) quando o serviço ele é implantado de uma forma desordenada, você não tem recursos para sustentação, para manutenção e aí você não consegue manter o nível de resolutividade*" (Gerente, Rede Caruaru).

Além disso, interfere no controle pelos municípios dos prestadores de serviços privados, para não prejudicar aqueles que financiam as campanhas políticas; e, em geral, na continuidade das políticas e capacidade técnica das secretarias de saúde, pela rotatividade das equipes técnicas com a mudança de governo.

Tabela 10-1. Síntese dos fatores que influem na configuração das redes

Recife	Paulista	Caruaru
Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.	Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.	Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.
	Insuficiente qualificação de equipes técnicas municipais.	Insuficiente qualificação de equipes técnicas municipais.
	Interferência de interesses político-partidários.	Interferência de interesses político-partidários.

Fatores que influenciam na coordenação das redes de serviços

No discurso dos entrevistados das três redes analisadas emergem diversos fatores relacionados com a organização dos serviços e a formação dos profissionais, que impedem os mesmos de coordenarem-se com outros níveis assistenciais. Os fatores que emergem são muito similares entre as redes (tabelas 10-2 e 10-6).

Condições de trabalho adequadas para a coordenação entre níveis assistenciais

Destacados fundamentalmente pelos gerentes entrevistados, o tipo de contratação dos profissionais da saúde, a disponibilidade de tempo e o tipo de remuneração dos profissionais, emergem como determinantes principais para a coordenação.

Tipo de contratação laboral

Os entrevistados identificaram dois modelos de vinculação laboral com consequências opostas para a coordenação assistencial: a nomeação estatutária – majoritária no primeiro nível de atenção, com exceção da rede de Caruaru –, e diversas formas de contratação parcial e/ou temporal cada vez mais estendidas (contratação temporária pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT). Segundo os entrevistados o modelo de contratação temporal (celetista) supõe instabilidade no emprego e possessão de vários empregos ao mesmo tempo, condições que dificultam a coordenação entre níveis e aumentam a desmotivação dos médicos para prestar uma assistência de qualidade, incluindo o uso dos mecanismos de coordenação existentes (por exemplo, registrar adequadamente a informação dos pacientes nos formulários existentes). Contribuem, também, pela expressão que o cumprimento da assistência ao paciente seja um ato pontual, sem outorgar importância à coordenação para proporcionar continuidade na atenção, além de elevar a rotação de pessoal, dificultando a utilização dos mecanismos de coordenação: "*o pessoal geralmente chega para trabalhar, mas você vai embora, então não tem uma certa preocupação de ter... ta entendendo? aí eu vejo muito as pessoas chegarem aqui "eu tenho meu horário, chego aqui atendo meus pacientes, e me mando, eu vou procurar meu outro emprego"(...) muitas vezes você chama para reunião, não participam, principalmente na parte ambulatorial, na parte do PSF não porque no caso como eles são obrigados a dar oito horas então eles já tem um tempo mais disponível*" (Gerente, Rede Recife).

Tempo dos profissionais para a coordenação

Os entrevistados relacionaram a falta de tempo para coordenar-se com a excessiva carga de trabalho pela insuficiência de recursos humanos, acentuada pelo absentismo laboral pela vinculação a múltiplos empregos: "*(...)*

são muitos pacientes, são muitos exames (...). Termina o tempo ficando curto e vai dando prioridade ao que cada um julga que seja mais importante, e certamente preencher um papelzinho dando justificativa para outro colega não deve ter sido classificada como uma coisa muito importante" (Profissional de saúde do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Alguns entrevistados também relacionam a falta de tempo na consulta para usar os mecanismos de coordenação existentes nas redes por parte dos especialistas, com a baixa capacidade resolutiva do primeiro nível, que implica em encaminhamentos inadequados de pacientes à atenção especializada, aumentando sua carga de trabalho.

Forma de remuneração dos profissionais

O tipo de remuneração pago por procedimento aos especialistas também é assinalado por alguns gerentes da rede de Caruaru como um obstáculo para a coordenação clínica, na medida em que desincentiva os especialistas a contrarreferir os pacientes ao primeiro nível, afim de não diminuir sua produtividade: "*a mulher gestante ia para o pré-natal de alto risco, o médico ficava com ela e não mandava para a Saúde da Família de volta e a gente não acompanhava a gestante na ponta, porque o médico entendia que ele está no de risco, então a paciente é minha, eu vou ganhar sobre ela (...) é isso que acontecia muito, e aqui ele fica com uma produtividade maior, porque a produtividade dele aqui, ele ganha por produtividade*" (Gerente, Rede Caruaru).

Existência de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais na rede

A existência de mecanismos de coordenação nas redes emerge como um fator que influi na coordenação assistencial no discurso dos entrevistados, principalmente mecanismos de coordenação administrativa – as centrais de referência ao acesso de pacientes ("centrais de regulação").

Ainda que alguns entrevistados opinem que a existência de centrais de regulação implantadas facilita o acesso dos pacientes em alguns aspectos, como na programação prévia de consultas e exames, a maioria dos entrevistados as percebe como dificultantes a posição coordenam o acesso devido a numerosos problemas em seu funcionamento. Além disso, alguns dos entrevistados das redes de Paulista e Caruaru opinaram que a

inexistência de um formulário oficial padronizado de referência e contrarreferência nas redes é um dos fatores que explica a falta de transferência de informação clínica entre o primeiro nível e o especializado: "*Têm as centrais de marcação, têm as centrais de regulação, telefones, e sistema até via web que já são utilizados em vários locais do país para fazer a marcação quase que em tempo real. E o usuário quando sair da primeira consulta dela, já saber o dia em que vai ser atendido. Isso é uma forma de facilitar*" (Profissional administrativo, Rede Recife). "*Central de regulação? Minha filha isso é piada. No papel, a central tem uma função maravilhosa, mas na prática você sofre para conseguir uma vaga para o paciente. É massacrante para gente que depende dela... Não dá para contar com esse instrumento!*" (Profissional de saúde atenção especializada, Rede Caruaru).

Formação dos profissionais da saúde

A formação inadequada dos professionais da saúde emerge nas três redes como fator que dificulta a coordenação clínica por diversos motivos. A maioria dos entrevistados aponta a formação universitária insuficiente dos médicos do primeiro nível para assumir funções de coordenadores de paciente na rede. Acrescenta-se a isso a falta de formação continuada nas redes, tanto através de programas formativos quanto de apoio dos especialistas, através de mecanismos como o sistema experto ("apoio matricial"), e pela presença de perfis inadequados no primeiro nível de atenção (p.ex. cardiologistas ou ginecologistas exercendo funções de médicos de família). Isto provoca - por um lado - encaminhamentos inadequados dos pacientes à atenção especializada para diagnóstico e controle de doenças crônicas pouco complexas, por conta da insegurança dos profissionais; e - por outro -, desconfiança da capacidade técnica dos clínicos gerais por parte da atenção especializada. Como consequência, a falta de contrarreferência dos pacientes à atenção básica: "*tudo ele encaminha, né?! Então assim, ele não está se sentindo bem preparado, também, para resolver determinadas coisas e tudo que ele assim, sem nem saber direito, ele vai e encaminha"(Profissional administrativo, Rede Recife); "muitos dos que acompanham o paciente na assistência especializada, também, por sua vez, diz que acompanha porque se mandar de volta para a atenção básica, chegar lá ele vai continuar descompensado*"(Profissional administrativo, Rede Recife). Alguns entrevistados das redes também associam à falta de

contrarreferência com a existência de importantes barreiras de acesso ao primeiro nível de atenção, especialmente nos municípios do interior (oferta insuficiente de unidades e médicos, tempos de espera, acesso a medicamentos, etc.), como motivo para não contrarreferir o paciente ao primeiro nível: "*Hoje o paciente é atendido no Hospital XXX e ele permanece, dando sua sequencia, retornando ao hospital para fazer o seu atendimento ambulatorial justamente porque a rede básica nesses municípios ainda não tem o preparo para receber essa demanda*" (Gerente, Rede Paulista).

Ao contrário disso, alguns entrevistados assinalaram a tendência à superespecialização da medicina, como causa, por um lado, dos encaminhamentos inadequados ao contribuir para que os médicos do primeiro nível sejam menos resolutivos, e por outro, da falta de contrarreferencia dos pacientes ao primeiro nível ao propiciar que os médicos especialistas desconheçam e/ou valorizem o papel do primeiro nível: "*Essa comunicação não existe. Eu não sei se.... é porque o profissional que tá na especializada não valoriza muito o trabalho de quem tá na atenção básica, porque acha que não precisa dá um retorno para eles*" (Profissional de saúde primeiro nível, Rede Recife).

Tabela 10-2. Síntese dos fatores organizativos que influem na coordenação assistencial

Recife	Paulista	Caruaru
Modelo de contratação laboral temporal na AE.	Modelo de contratação laboral temporal na AE.	Modelo de contratação laboral temporal na AB e na AE.
Falta de tempo para as atividades de coordenação.	Falta de tempo para as atividades de coordenação.	Falta de tempo para as atividades de coordenação. Remuneração dos especialistas por procedimento ("produtividade").
Mau funcionamento das centrais de regulação.	- Mau funcionamento das centrais de regulação. - Inexistência de um formulário oficial de referência e contrarreferência.	- Mau funcionamento das centrais de regulação. - Inexistência de um formulário oficial de referência e contrarreferência.
- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.	- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.	- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.

Conhecimento e opinião sobre o uso dos mecanismos de coordenação existentes nas redes

Nas três redes os entrevistados tinham conhecimento sobre a existência de alguns mecanismos de coordenação em uso, tanto de programação como de retroalimentação. A maioria deles estava relacionada com a coordenação do acesso aos serviços de média e alta complexidade (coordenação administrativa) e da informação. Em Recife, identificou-se uma maior variedade de instrumentos em uso do que nos demais casos, sendo que a maioria deles em fase de introdução. Não foram identificadas estratégias de atenção compartilhada que combinaram múltiplos mecanismos em um programa compreensivo.

Quanto ao uso de mecanismos, a maioria das opiniões apontava para deficiências no funcionamento e baixa utilização relacionada com as condições de trabalho e as atitudes dos profissionais (tabelas 10-3, 10-7 e 10-8).

Mecanismos de programação

Mecanismos de coordenação da gestão clínica

No que diz respeito à coordenação da gestão clínica, os entrevistados da rede de Recife ressaltaram o **sistema experto** para sistematizar as habilidades do profissional (apoio matricial, reuniões sistemáticas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF) que está em processo de implantação na rede. Também evidenciou nas redes de Recife e Paulista, a existência de **programas de educação continuada** e os **protocolos clínicos**, embora o primeiro somente com a participação dos profissionais do primeiro nível, e os segundos, desenvolvidos em cada centro, sem compartilhamento com os outros níveis assistenciais.

O **sistema experto** foi descrito como um mecanismo que consiste no apoio de alguns especialistas, e de profissionais de diversas outras áreas de saúde, às equipes de saúde da família (ESF), através de encontros para discussão de casos.

Uma modalidade particular do sistema experto, que emergiu nos discursos dos entrevistados, foi o **apoio matricial**. Para alguns entrevistados, o matriciamento, ainda incipiente, facilita a interconexão entre os níveis, promovendo o trabalho em equipe, reduzindo os casos de encaminhamentos desnecessários e favorecendo o acolhimento dos usuários

nos serviços: "*O matriciamento vai colocar o especialista na atenção primária, e vai permitir justamente essa integração, a comunicação entre os profissionais dos três níveis de atenção e o trabalho em equipe*". (Profissional Administrativo, Rede Recife). Os entrevistados descreveram que a atuação de profissionais de várias áreas do conhecimento da saúde vem contribuindo com a melhoria da capacidade de resolução da atenção básica. Entretanto, a falta de estruturação desse mecanismo provoca encaminhamentos inadequados e superlotação das Unidades de pronto atendimento.

O principal fator limitante na implementação do matriciamento, é a pouca contribuição da grande maioria dos profissionais especializados das redes – muitos dos especialistas que participam na estrategia não trabalham na rede –, a indisponibilidade de horários - que resulta dos vários vínculos empregatícios que esses profissionais mantêm -, e que esses profissionais mantêm-e limitam a participação dos profissionais a falta de remuneração do tempo que os médicos especialistas que participam dedicam: "*Eu acho que tem alguns fatores que interferem na participação deles, entendesse? Mas eu acho que o problema maior é a falta de tempo mesmo. Eles têm uma agenda muito corrida, é plantão, consultório, cirurgia… então, eu acho que falta tempo mesmo!*" (Profissional Administrativo, Rede Caruaru).

Outra modalidade de sistema experto referida pelos entrevistados foram as **reuniões sistemáticas** entre os profissionais de distintos níveis, citadas por gerentes e especialistas. Essas reuniões acontecem mensalmente. Nelas participam profissionais da rede primária e da média complexidade que atuam em determinada microrregião, com o objetivo de oportunizar o compartilhamento de informações sobre a assistência prestada nas unidades. Esses encontros podem ocorrer em intervalos semestrais ou, até mesmo, anuais, não ocorrendo com maior frequência por falta de tempo dos profissionais, que precisam deixar de prestar os serviços de saúde para comparecer: "*A gente tem com a cardiologia algumas (reuniões), acho que a cada seis meses, ou uma vez por ano atualizações sobre hipertensão e diabetes*" (Profissional de Saúde de primeiro nível, Rede Recife).

No que se refere à **formação continuada**, apenas a rede de Recife evidenciou a regularidade na oferta de capacitações dentro do programa de educação contínua da rede. Essas capacitações são realizadas para

fornecer atualizações abordando temas diversos como, por exemplo, o acompanhamento de gestantes, de pacientes com diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. Alguns gerentes e profissionais da atenção primária de Recife e Paulista destacaram como aspecto limitante o fato de que apenas os profissionais do primeiro nível são contemplados com os treinamentos realizados na rede. No entanto, os entrevistados assinalaram que ainda que houvesse uma regularidade na prática de capacitações para os profissionais dos serviços especializados, estes, possivelmente, não participariam, diante da falta de tempo disponível destes profissionais. A ausência de uma sistemática de treinamentos na rede implica na baixa capacidade de atuação técnica de todos os profissionais dentro dos serviços: "*Em geral as capacitações são direcionadas para os profissionais da atenção primária. Então, a gente não vai ver com frequência capacitações entre os especialistas, até porque eles já estão sobrecarregados com os serviços, além disso, alguns ainda têm consultório particular. Então fica difícil reunir esses profissionais*" (Profissional Administrativo, Rede Recife).

Apesar dos entrevistados reconhecerem a existência e a importância dos **protocolos de práticas clínicas** na rede, para facilitar e nortear as condutas clínicas, estes instrumentos não são utilizados sistematicamente. Além disto, cada serviço adota seus próprios protocolos e que não são compartilhados entre os diversos níveis de atenção. A adoção de protocolos distintos nas unidades de saúde provoca falta de padronização de condutas e iniquidade no cuidado prestado em diferentes locais: "*A questão é que nem todos os serviços utilizam. Tem serviço que dispõem dele, mais não usa. [...] Ainda tem outra coisa: tem serviço que elabora o seu próprio protocolo, e fica para uso exclusivo daquele serviço*". (Profissional de Saúde de primeiro nível, Rede Caruaru). Como alternativa aos protocolos clínicos, um gerente e um profissional administrativo de Recife identificaram a **linha de cuidado** como mecanismo de coordenação clínica, promovidos em fase de implantação na rede. Segundo apontam os entrevistados, a linha de cuidado expressa os fluxos assistenciais ao longo do contínuo assistencial, no sentido de atender as necessidades de saúde do paciente. As opiniões destacavam a necessidade de investir na estruturação de linhas de seguimento dos usuários na rede, de modo a garantir todo o itinerário terapêutico necessário para atender as necessidades da população, a exemplo do que vem sendo feito na saúde men-

tal: "*Protocolo é uma coisa assim que tem que se ter cautela. Uma linha de cuidado é melhor do que o protocolo*" (Gerente, Rede Recife).

Mecanismos de coordenação administrativa

A **classificação de risco** foi o único mecanismo de programação da coordenação administrativa referido por entrevistados das redes de Recife e de Paulista, principalmente gerentes. Os entrevistados enfatizaram que este tipo de protocolo está sendo utilizado em todos os níveis de atenção e contribui no ordenamento do acesso dos pacientes ao definir os fluxos dos pacientes à outras unidades, priorizando o atendimento dos usuários que não podem aguardar muito para receber os cuidados que necessitam: "*Uma forma de regulação... municipal. A análise que se faz da classificação na hora de você encaminhar a um especialista, já ajuda e já diz assim: "Eu tenho tantos casos... quem precisa ir primeiro?" Então eles começam a classificar os riscos e encaminhar os mais vulneráveis*" (Gerente, Rede Recife).

Mecanismos de retroalimentação

Mecanismos para a transferência de informação clínica entre níveis

O formulário de referência e de contrarreferência foi destacado como o principal mecanismo de coordenação clínica existente para transferência de informação do paciente entre atenção básica e a especializada. Somente na rede de Recife, o formulário é um documento oficial, que padroniza a informação a ser compartilhada entre os níveis assistenciais. Os entrevistados também ressaltaram o resumo de alta como um instrumento de fluxo de informações entre a atenção hospitalar e os demais níveis de atenção. Os dois documentos são entregues aos usuários.

Nas três redes, a maioria dos entrevistados revelou a falta de transferência de informação entre níveis, especialmente quando se trata do encaminhamento da atenção especializada para a básica. De um lado, os especialistas comentaram que a maioria dos médicos do primeiro nível não registra informação básica com o motivo de encaminhamento, e utiliza o formulário de referência mais como um mecanismo administrativo para dirigir o paciente à especialidade requerida do que para compartilhar informação: "*Fica difícil você pegar um encaminhamento que tem assim:*

"ao vascular, somente!" Cadê as informações clínicas do paciente? E os exames? Que medicação ele vem tomando? Fica bem complicado você dar prosseguimento nessas condições". (Profissional atenção especializada, Rede Caruaru). Os profissionais da atenção primária destacaram que não é comum a prática da contrarreferência entre os especialistas, na exceção de algumas doenças específicas de declaração obrigatória: "*A referência e contrarreferência, como eu falei, muitas vezes é pontual. A referência de hanseníase funciona bem, a referência de tuberculose funciona bem. Aí a gente tem um contato. Mas as outras, a maioria das vezes, a comunicação não ocorre, não. Na verdade, é uma das nossas dificuldades para coordenar!*" (Profissional de primeiro nível, Rede Recife).

O **resumo de alta** é outro instrumento usado nas três redes como meio de transmissão de informações clínicas do paciente. Este recurso foi destacado, sobretudo, pelos profissionais dos primeiros e segundo nível de atenção, como um mecanismo que visa garantir a continuidade dos registros da história clínica entre a atenção básica, a média e a alta complexidade: "*Relatório de alta sim, nós utilizamos. Quando o paciente recebe alta o médico prepara um resumo do problema e das condutas que foram realizadas. É uma forma do profissional que está na ponta poder acompanhar esse paciente*". (Profissional especializado, Rede Caruaru).

A maioria dos entrevistados opinou que a transferência de informação ao primeiro nível é melhor depois da alta hospitalar que desde a atenção especializada ambulatorial, e coincidiu em destacar a regularidade na entrega do resumo de alta ao usuário, ainda que os profissionais do primeiro nível assinalassem exceções por parte de alguns estabelecimentos e profissionais. Entretanto, muitos entrevistados, principalmente profissionais do primeiro nível, opinaram que o registro de informação no resumo de alta é geralmente incompleto, ainda que também com exceções segundo o tipo de instituição e profissionais (em sua maioria residentes): "*São muito mal preenchidos, por sinal". (Profissional de saúde do primeiro nível, Rede Recife). "O relatório de alta sempre aparece quando é residente, quando tem hospital residente, porque se não tiver... que é o " escraviário", que já foi residente, então... oh! Que beleza! Aí vá para o Hospital XXX, aí os "escraviários". Vão tudo para lá. Aí vai. Eu já fui "escraviária" de lá. Aí, coloca tudo direitinho, como foi, como passou, como*

evoluiu. Aí manda e a gente sabe" (Profissional de saúde primeiro nível, Rede Recife).

Devido às deficiências na transferência de informação, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados, destacou a necessidade frequente ter de interrogar o paciente para obter informação informações sobre sua atenção passada e os problemas gerados pela pouca informação que conseguem obter, além dos erros que podem ocorrer sob a dependência do conhecimento e compreensão dos pacientes sobre sua atenção: "*O paciente não tem condição de dizer o que aconteceu. Ele não tem condição. Por mais que ele seja esclarecido, mas ele não é da área de saúde, ele não conhece os jargões da área de saúde, ele não conhece o procedimento [...] ele não sabe interpretar aquele exame*" (Profissional de saúde de primeiro nível, Rede Paulista).

A falta de transferência de informação entre níveis gera dificuldades na atenção dos pacientes, que variam segundo o nível assistencial. Alguns profissionais do primeiro nível das três redes destacaram os problemas para o seguimento dos pacientes ao não disporem do diagnóstico definitivo nem das pautas para o tratamento adequado. A consequência disso é a interrupção do tratamento e erros médicos, que se traduzem em encaminhamentos inadequados e repetitivos do paciente à atenção especializada e hospitalizações que poderiam ser evitadas. Outros entrevistados acrescentam que os médicos do primeiro nível perdem a oportunidade de melhorar sua capacidade resolutiva através da aprendizagem contínua, que implica a confirmação do pré-diagnóstico e indicação de pautas para seu seguimento por parte do médico especialista, através do processo de referência e contrarreferência: "*É. Pois é. Essa ficha, se ela fosse bem preenchida e.... não é? Se voltasse, eu poderia atender o paciente e acompanhar o paciente aqui, sem necessariamente ele ficar indo à várias consultas a especialistas, e diminui essa demanda para o especialista, está entendendo?*" (Profissional de saúde de primeiro nível, Rede Recife).

Por outro lado, os profissionais da atenção especializada destacaram a necessidade de reiniciar o processo diagnóstico diante da insuficiência de informação, o que supõe atraso no diagnóstico e tratamento, assim como maior gasto pela duplicação de provas diagnósticas: "*Atrasa o andamento, a gente vira uma assistência básica, que deveria chegar aqui com um histórico médico dizendo o que é que ele tinha, para*

você seguir a partir daquele momento. Não. Quando chega aqui, ele chega aqui do zero de novo, você tem que começar como se tivesse assistência básica [...]. Então, o maior prejudicado nessa história toda é o doente, porque ele vai, perde o tempo dele todinho de novo, tentando fazer aqueles exames que deveriam ter vindo com ele. Ele não vem" (Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Caruaru).

Os entrevistados destacaram como causas para as falhas no uso dos referidos formulários, o pouco tempo dos profissionais diante da alta demanda nos serviços especializados e dos vários vínculos empregatícios que estes possuem, o que motiva os profissionais a evitarem trabalhos considerados adicionais (como o de preenchimento de formulários e outros protocolos). Não obstante, alguns entrevistados atestaram que a causa maior para as falhas no uso do supracitado mecanismo é a falta de obrigatoriedade de utilização desse instrumento.

Já para alguns profissionais administrativos e de primeiro nível das três redes, a falta de contrarreferência ocorre porque há pouca valorização da atenção básica e desconfiança na capacidade resolutiva por parte dos especialistas naquele nível de atenção. Um profissional do primeiro nível de Caruaru considerou que a pouca valorização dos encaminhamentos procedentes da atenção básica, é um fator que desmotiva o uso adequado deste instrumento entre os profissionais deste nível de atenção, a continuar preenchendo o formulário de referência: "*[...] a gente acaba ficando desestimulada. Para que eu vou ter o cuidado de fazer um encaminhamento bem direitinho, com as informações do paciente, colocar o que foi feito, exame, se quando o paciente chega lá o especialista nem olha para o encaminhamento?*" (Profissional de primeiro nível, Rede Caruaru).

Mecanismos de coordenação administrativa

O papel das centrais de regulação para coordenar o acesso entre qualquer nível assistencial da rede, teve destaque nas opiniões dos profissionais entrevistados das três redes. Os entrevistados das redes de Recife e Caruaru destacaram a existência de várias centrais de regulação dentro de uma mesma rede, organizada pela secretaria municipal e estadual. No caso de Paulista, não se havia implementado a central no nível municipal.

Entre os que opinaram sobre esse mecanismo, observou-se predominância no discurso quanto ao precário desempenho destes serviços

como promotor na coordenação dos fluxos de pacientes. Os problemas no uso deste mecanismo, que assinalaram os entrevistados são diversos. Em primeiro lugar, ficam excluídos da coordenação das centrais de regulação determinados serviços e populações, por exemplo: a central de regulação estadual não coordena o acesso a serviços de alta tecnologia como consultas externas, provas diagnósticas, internações não urgentes. Além disto, as centrais municipais somente coordenam o acesso dos residentes no município, ficando excluídos munícipes dos outros municípios da rede que têm estes serviços como referência. Nestes casos, são os próprios pacientes os que devem buscar um estabelecimento para ser atendidos e desdobrar-se pela sua atenção: "*O paciente diabético, ele tem uma ulceração no pé e precisa de uma opinião do cirurgião vascular [...]. Para fazer essa referência, o que acontece hoje, que eu acho, que é o que acontece na maioria dos casos, não é? O doente, ele se vira para arrumar um serviço*" (Profissional de saúde de primeiro nível, Paulista).

Em segundo lugar, a referência de pacientes urgentes por parte das centrais a estabelecimento inadequado, por exemplo: a hospitais que previamente comunicaram a falta de disponibilidade de leitos ou de profissionais, à unidades não acreditadas para atender este tipo de doença, etc. Os entrevistados destacaram que as centrais de regulação não dão continuidade ao processo de referência e não se preocupam de encaminhar o paciente à outras unidades, no caso de serem rechaçados pelos serviços: "*Você [Central de Regulação Estadual] não procura saber qual é o tipo de obstetrícia que você pode atender aqui. Então muitas vezes chega uma gestante aqui, de altíssimo risco, com toda indicação para ter o bebê dela num hospital que tenha inclusive uma UTI Neo Natal, porque existe o risco do bebê, e a paciente chega aqui. Eu não posso negar o atendimento, mas também não posso ficar com ela porque corre uma série de risco de vida para ela e para o bebê*" (Gerente, Paulista).

Em terceiro lugar, ocorrem tempos de espera prolongados na referência: os profissionais do nível especializado destacaram a longa espera de pacientes urgentes para internamento em hospitais da rede, e os do primeiro nível, a espera prolongada para consecução da atenção especializada ambulatorial e para provas diagnósticas. Em ambos os casos, associam a falta de recursos disponíveis na rede (leitos, recursos humanos, etc.): "*É aquela história da UTI. Fica 2, 3, 4 dias. Fica tentando uma vaga e*

não consegue. Se ele melhora, se ele sobrevive, que bom. Se não... Então, a dificuldade realmente é muito grande em relação a esse sentido. Não é fácil você não ter uma vaga e você dizer "me dá uma vaga aí". Você não consegue, pela carência [...] da alta complexidade é aquela história: então tem que ter UTI, tem que ter equipamentos, tem que ter profissional, tem que ter laboratórios. Então, tem que ter uma série de coisas. Em função disso, eu acho que há uma carência grande de unidades de alta complexidade" (Gerente, Rede Paulista).

Em quarto lugar, ocorre a programação inadequada dos serviços, ambulatoriais pois o sistema utilizado não permite averiguar previamente com o paciente sobre a sua disponibilidade de tempo para comparecer à consulta, e deste modo, muitos dos agendamentos não se realizam: *"O nosso sistema de informação tem essa falha. Ele não confirma nem o agendamento do paciente e nem, muito menos, o atendimento. Então, à medida que isso acontece, se não confirma o agendamento, eu consigo o profissional. Acabam tendo sobras muitas vezes no atendimento dele, porque não houve o agendamento, não houve como nós fazermos encaixe naquele dia. Então, a cota do profissional fica solta, quando eu tenho uma demanda gigantesca de pacientes aguardando atendimento, que poderia ter sido relocado para aquelas áreas*" (Gerente, Rede Caruaru).

E, finalmente, a falta de colaboração entre as múltiplas centrais de regulação que operam na rede, que não permite a referência e contrarreferência de pacientes entre serviços coordenados por centrais diferentes.

Devido a estes problemas, os entrevistados das redes assinalaram o uso estendido das redes informais (amizades), por parte dos profissionais para se informarem sobre o serviço da rede adequado para encaminhar o paciente ou conseguir um serviço disponível de uma forma mais rápida (leito, consulta, prova diagnóstica, etc.). Não obstante, alguns entrevistados opinaram que este tipo de estratégia é inequitativa, ao depender de fatores que não estão ao alcance de todos os usuários. Por exemplo, o interesse do profissional em facilitar o acesso e lançar mão das redes informais que tenha estabelecidas, e da influência política, informação e contatos que tenha ao paciente: "*Hoje nós conseguimos muitas coisas na base da informalidade. A gente, para conseguir uma vaga, muitas vezes a gente não consegue pela central de leitos, e a gente liga porque conhece alguém do Hospital XXX, porque conhece do Hospital YYY, que fulano está de*

plantão em algum hospital. E aí a gente consegue a vaga para um hospital [...] a gente consegue pela informalidade. Quer dizer, não deveria, não é?" (Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Recife).

Tabela 10-3. Síntese dos mecanismos de coordenação assistencial identificados pelos entrevistados

Tipo de Coordenação	Recife	Paulista	Caruaru
Mecanismos de Programação			
Gestão Clínica	Sistema Experto -Matriciamento e reuniões sistemáticas- (em fase inicial).	Sistema Experto -Matriciamento e reuniões sistemáticas- (em fase inicial).	Sistema Experto ---
	Política de educação continuada	Política de educação continuada	---
	Linha de cuidado (em fase inicial)	Linha de cuidado (em fase inicial)	---
Administrativa	Classificação de risco	Classificação de risco	---
Mecanismos de Retroalimentação			
Informação	Formulário de referência e de contrarreferência	Formulário de referência e de contrarreferência não padronizado	Formulário de referência e de contrarreferência não padronizado
	Resumo de alta	Resumo de alta	Resumo de alta
Administrativa	Central de regulação municipal Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))	Central de regulação municipal Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))	Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))

Conclusões

Os resultados do estudo sugerem que, nos três casos, há evidente fragmentação dos serviços, que resulta na fragilidade da coordenação da atenção entre os diferentes níveis de assistência. Emergiram com especial intensidade as dificuldades na coordenação do acesso entre níveis assistenciais e da gestão clínica.

Os resultados mostraram diversos fatores que influenciam a configuração das redes, relacionados com as características de sistema de saúde. Em primeiro lugar, a existência de incentivos econômicos opostos

à coordenação assistencial, que induzem a que os atores, guiados por critérios de rentabilidade econômica, mesclados com interesses políticos eleitorais, concorram em lugar de colaborar para fornecer uma atenção coordenada aos pacientes. Em segundo lugar, a incapacidade de muitos municípios de exercerem funções como a compra e avaliação de serviços e implantação de mecanismos de coordenação em seus territórios, por não disporem de equipes técnicas adequadas para exercê-las, o que questiona a conveniência de descentralizar funções tão complexas a municípios pequenos. Estes fatores conduzem ao débil planejamento das redes e ao descumprimento de atividade pactuada, ambos dos obstáculos importantes para a coordenação entre níveis assistenciais.

A condição de trabalho é a barreira organizativa mais importante para a coordenação assistencial quando predominam formas de contratação laboral temporal e/ou parcial, a sobrecarga laboral e a remuneração paga aos profissionais, baseada na produtividade. Estas condições emergem como barreiras na medida em que conduzem a uma elevada rotação de pessoal, que junto à escassez de tempo para coordenar-se, produzem um desconhecimento e limitado uso dos mecanismos de coordenação existentes nas redes, perda de capital humano capacitado, assim como desinteresse dos profissionais em coordenar-se.

No âmbito organizativo também destaca o déficit de formação e o perfil inadequado dos profissionais como obstáculos para a coordenação assistencial. Este fator contribui não só para um débil exercício do papel de responsável pela atenção dos médicos do primeiro nível, mas também com a limitada predisposição dos especialistas em colaborar pelo desconhecimento e pouco valor e confiança que concedem ao primeiro nível.

Em relação à implantação de mecanismos de coordenação nas redes, o pessoal de saúde, especialmente das redes de Paulista e Caruaru, identifica poucos mecanismos, predominantemente de informação e administrativos, e percebem uma utilização muito baixa e inadequada da maioria dos existentes, associado aos fatores de sistema e organizativos descritos.

Os resultados do estudo mostraram debilidades na transferência de informação entre níveis nas redes analisadas, associadas ao registro insuficiente por parte dos profissionais, especialmente na transição entre o primeiro nível e a atenção especializada ambulatorial. Os entrevistados assinalaram os custos que representa a inadequada transferência de

informação entre níveis – encaminhamentos e hospitalizações evitáveis, e duplicação de provas –, assim como o impacto na qualidade da atenção e saúde dos pacientes, associado ao atraso no diagnóstico e interrupção do tratamento. Também acrescentam o obstáculo que representa para o seguimento correto dos pacientes por parte dos médicos do primeiro nível, o que, por sua vez, repercute negativamente na qualidade e custos da atenção. Nestas circunstâncias, os pacientes se convertem em intermediários na transferência de informação, papel amplamente criticado pelos profissionais entrevistados pela perda de tempo e de recursos que pode levar.

Os resultados do estudo mostraram o pouco desenvolvimento de mecanismos de coordenação de gestão clínica – excetuando o sistema experto (“apoio matricial), implantado principalmente na rede de Recife de forma recente – apesar de ser uma das dimensões centrais da coordenação. O sistema experto é especialmente valorizado pelos profissionais das redes em que foi implantado, para melhorar a capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção e a adequação do encaminhamento. Não obstante, o comprometimento dos especialistas que trabalham nos centros de referência da rede no apoio aos médicos do primeiro nível, é chave para a implementação com êxito desta e de outras estratégias de melhora da coordenação, o que questiona a participação de especialistas alheios à rede.

Os resultados do estudo evidenciaram os problemas no uso do principal mecanismo para a coordenação do acesso dos pacientes, as centrais de regulação. Também evidenciaram que as dificuldades, além de se relacionarem com o instrumento, se associam com outros elementos do sistema de saúde, como as barreiras estruturais de acesso aos serviços de saúde e a fragmentação do modelo descentralizado. O primeiro contribui para que as centrais de regulação não consigam encaminhar os pacientes ao lugar e no tempo adequado pela insuficiência da oferta de serviços disponíveis; e o segundo, à existência de múltiplos atores (estaduais, municipais), com incentivos para concorrer pelos recursos, em lugar de colaborar entre si para coordenar as diversas centrais de regulação que gerenciam a rede. Tal como indica a maioria dos entrevistados, o uso frequente da rede de amizades e da influência política para conseguir aceder aos serviços de saúde, não resulta numa alternativa desejável ao mecanismo institucional, por conta das graves consequências que apresenta para a equidade de acesso ao sistema de saúde.

Tabela 10-4. Exemplos de citações sobre opinião geral sobre a coordenação assistencial

Inexistência de coordenação entre os níveis assistências	"Eu vou dizer, de acordo com a minha experiência no município, eu considero muito falha a coordenação, muito frágil. Não dá para considerar que existe coordenação assistencial, porque ainda falta muito pra ela acontecer. [...] então, pra mim, ele ainda está muito deficiente." (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife) "Eu acho que não está acontecendo ou, se está, de forma bem débil. [...] Se fala muito em rede de serviços [...] o que a gente vê é o contrário, uma assistência fragmentada, totalmente desarticulada. Não existe comunicação entre os profissionais, cada um trabalha independente do outro." (Profissional de atenção especializada, Caruaru)
Dificuldades na coordenação administrativa	"É aquela história. A gente está com a emergência lotada, a enfermaria sem nenhum leito desocupado, e a central mesmo sabendo da nossa ocupação, mandando mais paciente. Vem paciente de todo o lugar, tudo que é interior chega aqui." (Profissional de atenção especializada, Recife)
Deficiências na coordenação da gestão clínica	"Fica meio que uma guerra: o profissional da atenção básica encaminha demais para o da assistência especializada, que se sente sobrecarregado de problemas que eram para ser resolvidos na atenção básica, mas que, ao mesmo tempo, muitos profissionais da atenção especializada continuam com o paciente lá, né?! Enganchado lá na atenção especializada um tempão, como se fosse um serviço de acompanhamento, e acaba que o paciente não volta para o coordenador do cuidado, que seria o profissional da atenção básica." (Profissional administrativo, Recife)
Deficiências transferência informação	"De forma geral eles ficam muito naquela coisa burocrática de encaminhamento no papel e se escreve muito pouco. Mesmo com o papel, muitas vezes justifica pouco o encaminhamento, né? "Eles não têm essa coisa de se preocupar em detalhar porque que eu estou te encaminhando com que finalidade não." (Gerente, Recife)

Tabela 10-5. Exemplos de citações sobre fatores que influenciam na configuração das redes

Incentivos opostos prestadores de serviços públicos conveniados	"Os próprios gestores não estão preocupados. Hoje é mais fácil ele ter um ônibus para ter tratamento fora do domicílio do que ele ter um médico na cidade dele [...]. Se vocês tiverem a curiosidade de passar ali embaixo do viaduto, ali, indo para Olinda, ali, no Tacaruna, todo dia tem uma média de quarenta, cinquenta ônibus estacionados de todos os municípios. Todo paciente vem para Recife." (Profissional atenção especializada, Paulista) "Como a gente não consegue auditar todos os prestadores (pelo menos a gente tem prestadores), cobram apresentam um valor, né? Fazem menos. [...] aí, a secretaria perde a população perde por conta disso porque [...] E a gente é como não regulamenta algumas, não "contratualiza" formalmente os prestadores. A gente não consegue punir, não consegue, inclusive, nem dar segmento às denúncias que são postas, né?." (Gerente, Paulista)

Continua

Insuficiente qualificação de equipes técnicas municipais	"A gente não tem instituído, dentro da secretaria, um grupo que faça controle e avaliação. A gente faz controle, avaliação e auditoria ao mesmo tempo. Então, consequentemente, pelo quantitativo de prestadores que a gente tem, eu tenho mais quatorze prestadores [...] a gente não faz essa por é.... não ter perna mesmo, não ter capacidade é quantitativa de pessoal pra executar. " (Gerente, Paulista) "[...] a grande dificuldade nossa de pessoas qualificadas, que entendam de regulação, médicos também, que entendam de regulação, que possam facilitar esse processo, acho que a equipe médica deve fazer parte também do complexo regulador e profissionais qualificados."(Gerente, Caruaru), "[...] esbarra na questão do recurso, que a gente tem que ficar pedindo recurso ao ministério e tudo para conseguir. E a gente não consegue tão fácil. Então assim, tem isso e tem as questões de a gente não conseguir colocar isso [implantação mecanismos de coordenação] para frente, também."Os municípios não faziam, como ainda não fazem, aquilo que é,seja por dificuldade no financiamento, seja por dificuldade no recurso humano, ou da organização do próprio município." (Gerente Paulista)
Interferência de interesses político-partidários	"A gente não se comunica com os serviços do município. O estado não consegue fazer essa comunicação. As UPAs não conseguem se comunicar com as unidades de atenção básica [...] os próprios gestores também não se comunicam, né? É. A gente viu hoje uma disputa que é uma disputa grande do ponto de vista político, né? Estado e municípios, e isso não tem contribuído pra o avanço, né? Da integração da rede, não é?." (Gerente, Caruaru) "Atualizar PPI é você mexer com dinheiro, mexer com tetos, né? Municipais. E, eu acho, também tem questões políticas envolvidas, né? Você vai mexer com isso, você vai tirar de alguém pra botar pra alguém, né? E nem sempre quem vai ser retirado não tem influência, tem influência dentro do estado." (Gerente, Paulista) "[...] Esse Secretário de Saúde dura um ano, dois anos, três anos. Então, não tem como eles aperfeiçoarem nada, um ano, dois anos, não tem como você... a descontinuidade... no governo passado estava para ser instalada uma central. É em cada município que tivesse hospital regional. Para regular isso, até seleção... mas caiu no descaso." (Profissional de saúde atenção especializada, Caruaru). "Eu já vi conversas com ex-secretário, eu já presenciei dizer "isso aí não. Não mexe não, que é tipo cumbuca cheia de bichinho dentro, não é? Se mexer vai se complicar, então não mexe" [...] politicamente, foi difícil porque são prestadores que na campanha eleitoral, é financiaram, entendeu?." (Gerente, Paulista)

Tabela 10-6. Exemplos de citações de fatores que influem na coordenação das redes

Tempo insuficiente para a coordenação	"Resta perceber a resolutividade dessa atenção básica, não é? [...] não de pegar o usuário e encaminhar. É pegar e tentar resolver o problema dele [...]. Os profissionais atendem rápido, principalmente o profissional médico. Ele tem essa peculiaridade da escassez, né? Da categoria mesmo. E muitas vezes ele faz horário, né, por mais que a gente tenha estabelecido a carga horária. Mas a gente, informalmente, todo mundo sabe, de ministério à secretaria estadual, há municípios que a carga horária médica é fictícia, né?." (Gerente, Paulista)

Continua

Formação inadequada dos profissionais de saúde	"Os médicos que se aposentam, que são idosos, os que tão vindo depois que se aposentam, que acabou sua carreira de especialista, aí você vem para fazer médico de Saúde da Família [...] isso dificulta demais. [...] o que eu preciso é da saúde básica, do mínimo, não é, de tudo, e de me ver como um todo e não como um pedacinho." (Gerente, Paulista) "É difícil você formar um profissional onde ele é o tempo todo formado pensando em serviço que tem alta tecnologia à disposição dele, e depois colocar ele numa unidade de saúde da família, que ele só vai ter os recursos da formação clinica dele à disposição imediata. Hoje, muita gente vem aqui na emergência e o profissional não se sente mais seguro pra dar um diagnostico de apendicite se não fizer uma tomografia do doente. Um cirurgião qualquer, de uma formação até vinte anos atrás, fazia isso sem a menor dificuldade. Na época não existia tomografia, era o exame clinico que definia." (Gerente, Paulista) "Muita coisa que a gente podia resolver aqui na atenção básica, muitos, muitos casos, a gente poderia resolver se a gente tivesse educação continuada ou até os próprios profissionais fossem mais treinados, tá entendendo? Só que aí acontece um, uma grande quantidade de pessoas que não resolve na atenção básica. Vai pra atenção secundaria, tá entendendo?." (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife)

Tabela 10-7. Exemplos de citações sobre o conhecimento e uso dos mecanismos de programação

	Mecanismos de coordenação clínica
Sistema experto (Matriciamento e reuniões sistemáticas)	"Eu acho que o matriciamento já é um passo enorme. Com certeza vai reduzir muito o problema que a gente tem com os encaminhamentos desnecessários." (Profissional Administrativo, Recife) "Reuniões sistemáticas:" É. Acho que as reuniões com as equipes, facilita muito [...] é. Tanto as reuniões que são feitas lá na unidade, como as reuniões das micros que são feitas. Acho que essas reuniões ajudam muito, porque aí, a gente troca experiência." (Profissional de Saúde de primeiro nível, Recife) "a gente não tem como fazer mais, porque toda vez que você faz uma reunião você tira as equipes da unidade. Alguém que tá deixando de atender, fica meio complicado fazer." (Gerente, Recife)
Formação Continuada	"Em geral as capacitações são feitas para orientar que condutas a gente deve utilizar para determinados casos. Por exemplo, no acompanhamento de gestante, na prevenção de complicações com o paciente diabético e hipertenso." (Profissional de Saúde de primeiro nível, Recife) "Eu acho que as capacitações são muito importantes, mas os especialistas têm dificuldade de participar porque não tem tempo. Estão sempre sobrecarregados." (Profissional Administrativo, Paulista)
Linha de cuidado	"Eu acho que a única coisa que está futuramente sendo fortalecida nessas redes é a história da linha de cuidado, na perspectiva de tratamento integral a mulher, em todos os níveis de complexidade, que é um sonho. Mas que está acontecendo." (Gerente, Paulista)

Continua

	"A gente vem construindo, tentando construir linha de cuidado para fazer o protocolo já da mulher. [...] por exemplo, hipertensão. Como é que a gente se comporta com hipertensão? Hoje a gente vem discutindo criar uma linha de cuidado para essa atenção, para diabetes. Até onde a gente vai? Como é que a gente vai em cada nível de atenção?." (Gerente, Recife)

Tabela 10-8. Exemplos de citações sobre conhecimento e uso de mecanismos de retroalimentação

Mecanismo para a transferência de informações clínicas entre níveis	
Formulário de referência e contrarreferência	"Não tem contrarreferência. A gente não fica sabendo o que aconteceu entre ele e o paciente, a não ser que o paciente diga para a gente." (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife) "De forma geral, eles ficam muito naquela coisa burocrática de encaminhamento no papel e se escreve muito pouco. Mesmo com o papel, muitas vezes justifica pouco o encaminhamento, né? Eles não têm essa coisa de se preocupar em detalhar porque que eu to te encaminhando com que finalidade, não." (Gerente, Recife) "Se ele não me retorna nada, aí eu não vou saber se ele investigou, porque o paciente, ele não sabe dizer se o doutor investigou, se o doutor não investigou [...]. E aí eu fico sem saber. E agora, né? Voltei pra estaca zero. Então, isso dificulta e atrapalha dessa maneira, porque aí eu não sei mais o que vou fazer, né?Eu não sei o que foi feito e o que é que eu tenho que fazer agora." (Profissional de saúde primeiro nível, Caruaru)
Formulário de referência e contrarreferência	"Atrasa o andamento, a gente vira uma assistência básica, que deveria chegar aqui com um histórico médico dizendo que é que ele tinha, para você seguir a partir daquele momento. Não. Quando chega aqui, ele chega aqui do zero de novo. Você tem que começar como se tivesse assistência básica [...]. Então, o maior prejudicado nessa história toda é o doente, porque ele vai perder o tempo dele todinho de novo tentando fazer aqueles exames, que deveriam ter vindo com ele, ele não vem." (Profissional de saúde da atenção especializada, Caruaru)
Resumo de alta	"É um documento importante, aqui a gente utiliza o resumo de alta. O usuário hoje já pede o próprio resumo de alta, acho que é um documento que pedem para ele apresentar até no trabalho para justificar as faltas. E tem as informações necessárias pra quando ele volta. Para atenção básica. A gente aqui utiliza também esse resumo de alta." (Profissional de saúde da atenção especializada, Recife) "O relatório de alta sempre aparece quando é residente, quando tem hospital residente, porque se não tiver... que é o "escraviário", que já foi residente, então... oh." (Profissional de saúde primeiro nível, Recife)
Mecanismos de coordenação administrativa	
Centrais de regulação	"O sistema da regulação estava parado, tem uma fila virtual. Acabou-se com a fila real: pessoas em fila indiana esperando na porta da unidade, para virar um monte de papel na mesa da médica reguladora. E ninguém sabe para onde mandar os pacientes." (Gerente, Recife)

Continua

	"A nossa regulação é fantasiosa. A gente diz que regula, mas não regula e a gente diz que está em caminho, que ela está funcionando, mas ela não está. Porque a gente ainda não tem uma rede estruturada. A gente sabe que demanda a gente tem, para que rede a gente vai montar. A gente não sabe qual é a nossa demanda real, nem a nossa demanda real, nem a demanda que tem aí reprimida. Aí, a gente faz uma regulação porque você marca o paciente, mas a gente não tem a contra, a proposta de volta. Você marca dez pacientes daqui para trinta dias e não tem como você. Nove, oito vão, sete vão, e o resto sobra, porque não dá para você fazer a regulação que deveria ser feita. Então, aí, é muito precário." (Gerente, Caruaru)
Comunicação informal	"Tem sempre a questão da informalidade, do conhecimento que facilita. Então, você tem um paciente que precisa de um especialista, e você conhece um profissional que é da atenção especializada. Você liga para ele e tenta facilitar o fluxo do paciente da básica para média, e muitas vezes, conseguem. É assim que os profissionais têm feito." (Profissional administrativo, Recife) "E desde quando o município disponibiliza aparelho de telefone pra gente? Ligo para meus colegas de trabalho do meu telefone particular. Praticamente faço isso todos os dias. Às vezes fico envergonhado, porque você pedir uma vez ou outra, tudo bem! Mas os pedidos de favores são frequentes! E é assim que a gente vai seguindo." (Profissional de saúde da atenção especializada Caruaru) "Eu sei que essa estratégia de evitar as filas de esperas ocorre, porque eu vejo nos outros serviços, e é assim mesmo. Mas se a gente for analisar essa prática bem direitinho, a gente vai ver que ela é injusta, porque se eu não tiver um conhecido que possa me ajudar e estar vendo meu paciente, ele vai ter que esperar na fila. E aí? Ele não vai ter outra saída, e eu também vou ficar lá com meu paciente esperando por uma vaga, ou que apareça alguém que tenha um conhecimento." (Profissional de saúde primeiro nível, Paulista)

Capítulo 11
Desempenho das redes de serviços de saúde em relação à coordenação, ao acesso e à qualidade da atenção ao câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão-Filho, Maria Rejane Ferreira da Silva, Isabel Cristina Areia Lopes Pereira, Ederline S. Vanini de Brito e Pierre De Paepe

O objetivo deste capítulo é analisar o desempenho das redes de serviço de saúde em relação à coordenação, acesso e qualidade da atenção aos pacientes com câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2.

A análise de desempenho foi feita mediante o cálculo de um conjunto de indicadores que contemplam dimensões de qualidade, coordenação e acesso, mediante indicadores de processo e de resultado.

O cálculo dos indicadores foi feito a partir da revisão dos prontuários clínicos. No caso de câncer de mama, a amostra foi de 60 pacientes, e para diabetes, 50 pacientes, todos residentes no Recife, na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário 3.

Resultados do desempenho das redes de serviços de saúde na atenção ao câncer de mama

Foram incluídas um total de 60 pacientes portadoras de câncer de mama, acompanhadas nos serviços especializados entre os anos de 2005 à

2009. Vinte e duas pacientes foram tratadas no Hospital Barão de Lucena (36,7%), 8 (13,3%) no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, 15 (25,0%) no Hospital do Câncer de Pernambuco, e outras 15 (25,0%) no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Qualidade da atenção ao paciente com câncer de mama

A proporção de pacientes que tiveram mais de 50% das consultas com o mesmo especialista (mínimo de 3 consultas) foi pesquisada, e foram obtidos os seguintes resultados: em 9 prontuários não havia identificação dos médicos mastologistas por carimbo, impossibilitando a determinação deste indicador. Dentre as 51 pacientes restantes, 18 (35,3%) foram acompanhadas pelo mesmo mastologista, com pelo menos 3 consultas no último ano.

Em relação aos oncologistas, foi possível a determinação do indicador em 45 casos. Destas, 28 (62,2%) das pacientes foram acompanhadas pelo mesmo médico, com pelo menos 3 consultas no último ano.

Foi possível localizar a folha de referência de apenas 10 (16,6%) dos casos estudados, dos quais somente 5 tinham relato da história clínica da paciente. As folhas de referência das outras 5 foram preenchidas parcialmente, com informações insuficientes para o médico do nível superior de complexidade. Não se encontrou nenhum instrumento de contrarreferência, mecanismo indispensável para o seguimento adequado da paciente após o tratamento no nível especializado.

Analisando a frequência de mamografias no último ano, nos 60 prontuários encontrou-se um total de 48 mamografias realizadas, o que corresponde a uma média de 0,8 mamografias para cada paciente nos últimos 12 meses de acompanhamento.

Das 60 pacientes, 47 (78,4%) delas realizaram um exame de mamografia e 1 (1,7%) realizou dois. O motivo descrito em prontuário para repetição desse exame foi para esclarecimento diagnóstico, ou seja, não foi uma duplicação inútil por falta de coordenação.

No que se refere à frequência de ecografia mamárias no último ano, resulta que das 60 pacientes, 49 realizaram ecografias mamárias, uma média de 0,82 exames para cada paciente nos últimos 12 meses pesquisados. Das 60 pacientes, 41 (68,3%) delas realizaram um exame e 4 (6,7%) realizaram dois. Neste último caso, entre as 4 pacientes, 3 tinham em

seus prontuários registrado, como motivo para a repetição do exame, a necessidade de esclarecimento diagnóstico, e em um dos casos não se justificou a razão da repetição.

Acesso aos níveis de atenção

Revisou-se o estadiamento do câncer de mama atribuído a cada mulher no momento do diagnóstico: das 60 mulheres incluídas no estudo, em menos da metade da amostra (33 ou 45,0%) havia o registro do estadiamento inicial no prontuário. A maioria apresentou-se no estádio II (17 ou 63,0%) e os estádios III e IV representaram 22,2% (6 pacientes). A soma dos estádios II, III e IV representou 85,2% dos casos (23 pacientes) (Figura 11-1).

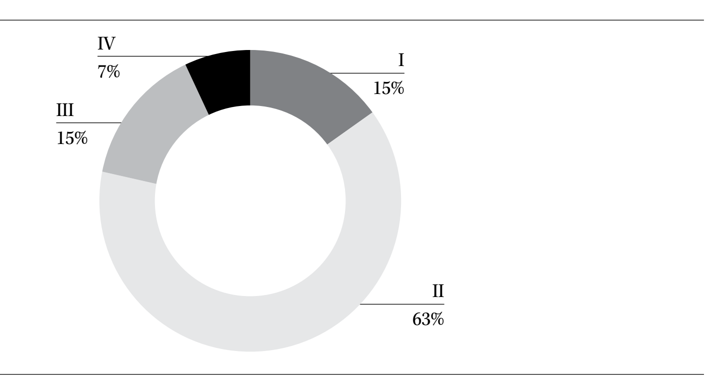


Figura 11-1. Estadiamento inicial das pacientes com câncer de mama. Recife, 2012

A Tabela 11-1 resume os períodos de tempo das principais etapas percorridas pelas pacientes a partir da primeira consulta na atenção básica (AB), até o fim da primeira etapa de tratamento. Entende-se primeira etapa de tratamento como radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, dependendo do caso. Chama a atenção que, após a entrada da mulher no serviço de referência (SR), o tempo médio para a solicitação da biópsia foi de mais de 35 dias. Em contrapartida, o tempo médio para realização deste exame após a sua solicitação foi em torno de 20 dias. Contudo, o tempo médio observado, desde a primeira consulta no serviço de referência até o início de tratamento, foi de quase 6 meses.

Tabela 11-1 - Etapas percorridas pelas pacientes com câncer de mama, desde a primeira consulta na atenção básica até o fim da primeira etapa do tratamento. Recife, 2012

Indicador	n	%	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	EP
Da consulta na AB à primeira consulta no SR	4*	-	-	-	-	-	-	-
Da consulta no SR à solicitação de biópsia	35	58	0	406	36,5	0	95,2	16,1
Da solicitação à realização da biópsia	21	35	0	78	20,3	11	22,6	4,9
Da realização da biópsia ao registro em prontuário	26	43	3	372	28,6	12,5	70,8	13,9
Da liberação do resultado da biópsia ao registro em prontuário	40	67	0	368	31,5	12	64,3	10,2
Do registro do resultado da biópsia em prontuário ao início do tratamento	35	58	0	338	57,6	31	77,3	13,1
Da primeira consulta no SR ao início do tratamento	34	57	8	1184	174	143	211,2	36,2

n= Número encontrado nos prontuários; DP=Desvio Padrão; EP= Erro Padrão; SR = Serviço de Referência; AB = Atenção básica.

*Somente pôde-se encontrar a data da primeira consulta na atenção básica para 4 pacientes, número que não permitiu calcular a media ou a mediana.

Na figura 11-2, são apresentados os tempos, desde a primeira consulta com o especialista até o início do tratamento do câncer de mama. Como as distribuições não são normais (gaussianas), são utilizadas medianas e não as médias para cada indicador.

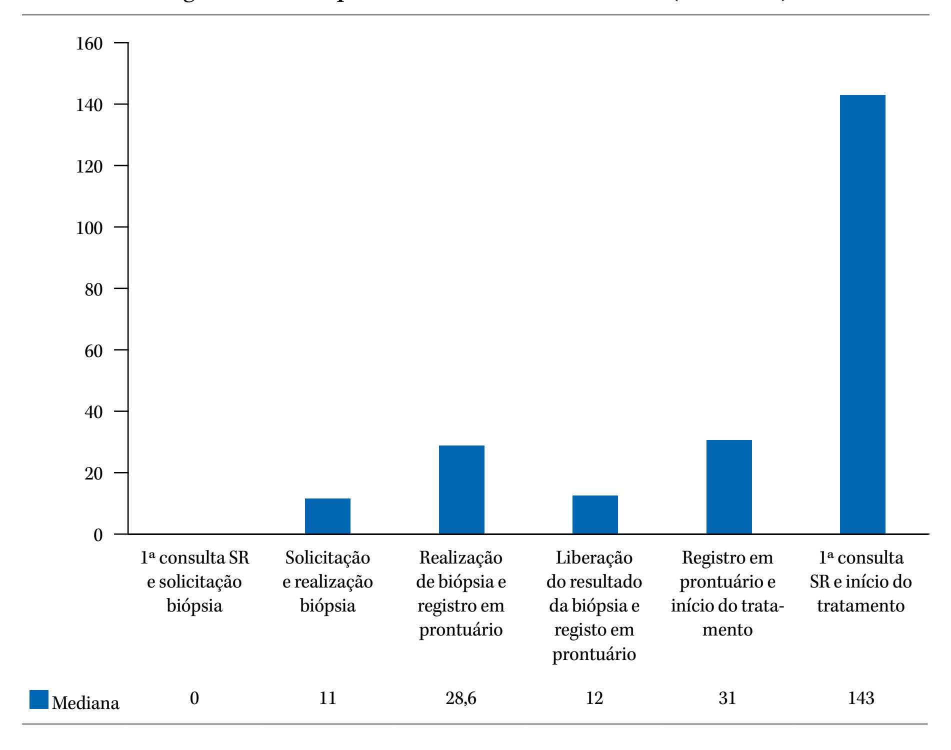
Resultados do desempenho das redes de serviços na atenção à diabetes *mellitus* do tipo 2

Qualidade da atenção ao paciente diabético: indicadores de processo

Seguimento do paciente

Apenas 1 entre os 50 pacientes apresentava registro em prontuário de 4 ou mais consultas médicas ao ano no primeiro nível. Nenhum deles apresentava 4 ou mais consultas de enfermagem no último ano de acompanhamento

Figura 11-2. Tempos em câncer de mama, Recife (medianas)



(Quadro 11-1). As normas no Brasil estabelecem pelo menos 2 consultas médicas no ano e 4 consultas por ano pelos serviços de enfermagem.

Quadro 11-1. Número de consultas ao ano

Indicador: descrição	Proporção
Pelo menos 4 consultas médicas ao ano	1/50
Pelo menos 4 consultas de enfermagem ao ano	0/50

Dos 50 pacientes, apenas 6 submeteram-se a 3 consultas com o mesmo médico do primeiro nível de atenção no último ano. Nenhum deles se consultou por 3 vezes ou mais com o mesmo enfermeiro (Quadro 11-2).

Quadro 11-2. Consultas pelo mesmo médico ou enfermeiro ao ano

Indicador: descrição	Proporção	%
Três consultas com o mesmo médico ao ano	6/50	12,0
Três consultas com o mesmo enfermeiro ao ano	0/50	0,0

O Quadro 11-3 mostra os indicadores de processo relativos à coordenação de gestão da atenção. Em relação às consultas médicas, os 50 pacientes produziram 65 consultas ao ano, ou seja, uma média de 1,3 consultas/paciente/ano. E em relação às consultas de enfermagem, os 50 pacientes produziram 2 consultas ao ano, ou seja, uma média de 0,04 consultas/paciente/ano. Em relação às consultas médicas com especialistas, para os 50 pacientes foram realizadas um total de 18 consultas/ano, ou uma média de 0,36 consultas/paciente/ano.

Quadro 11-3. Número de consultas por paciente ao ano

Indicador: Descrição	Total de Consultas	Consultas/ paciente/ano
Consultas de controle com médico em nível primário	65	1,3
Consultas de controle com enfermeiro em nível primário	2	0,04
Consultas de controle com médico especialista	18	0,36

Do total de 50 pacientes, 11 (22,0%) realizaram dosagem de hemoglobina glicada, todas no nível médio de atenção. Não houve dosagem de hemoglobina glicada no primeiro nível de atenção.

Não foram encontrados, nas fontes pesquisadas, resultados de dosagem de microalbuminúria. Em apenas 4 dentre os 50 pacientes (8,0%) foi realizado exame oftalmológico (Quadro 11-4).

Quadro 11-4. Realização de exames complementares e exame oftalmológico

Indicador: Descrição	#de pacientes	%
Realização de pelo menos 1 dosagem de hemoglobina glicosilada	11/50	22,0
Realização de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria	0/50	0,0
Realização de pelo menos 1 exame oftalmológico	4/50	8,0

Nenhum paciente cumpriu a norma de pelo menos 4 dosagens de hemoglobina glicada ao ano, ou de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria ao ano, ou de 1 exame oftalmológico por ano (Quadro 11-5). Estas normas foram estabelecidas com o objetivo de prevenir descontrole da diabetes e detectar oportunamente complicações renais ou do sistema ocular.

Quadro 11-5. Realização de exames complementares e exame oftalmológico. Cumprimento da norma

Indicador: Descrição	Proporção
Realização de pelo menos 4 dosagens de hemoglobina glicosilada no último ano	0/50
Realização de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria	0/50
Realização de pelo menos 1 exame oftalmológico ao ano	0/50

Em apenas 3 prontuários foram encontradas as datas da última consulta na atenção especializada e a data da consulta subsequente na atenção primária. Os 3 pacientes somaram 1.964 dias neste período, o que significa uma média de 654,7 dias/paciente. Em apenas 2 prontuários foi encontrada a data da alta e a data da consulta subsequente. A média foi de 24,0 dias. Estes números são pouco significativos em razão do pequeno tamanho da amostra.

Dos 50 pacientes, 18 realizaram consultas com especialistas, o que representa uma média de 0,36 consultas por paciente. Deste total, havia apenas registro de 3 contrarreferências à atenção primária.

Como indicador de processo, considerou-se o exame de pé. Havia registro de exames de pés no prontuário de apenas 2 pacientes (4,0%) na atenção primária. Não foi encontrado registro deste exame nos prontuários da média e/ou alta complexidade. No entanto, considerou-se que, para cada consulta com o paciente diabético, haveria a necessidade de ter uma revisão do pé, a fim de evitar complicações futuras.

Qualidade da atenção: indicadores de resultado

O quadro 11-6 resume os indicadores de resultado na qualidade da atenção ao paciente diabético.

Foi encontrado o registro de dosagem de glicemia pré-prandial em 32 prontuários. Destes, 14 (43,8%) estavam abaixo de 130 mg/dL. A média foi de 184,0 mg/dL.

Foi encontrado o registro de, pelo menos, uma dosagem de hemoglobina glicada no último ano de seguimento em 11 pacientes, nenhum abaixo de 7 % - a norma internacional. A média foi de 10,5 %.

Dos 50 pacientes, 40 apresentavam registro de medida de pressão arterial. Em 18 deles (45,0%) a medida estava abaixo de 130-80 mmHg. A norma indica que 70% dos pacientes diabéticos devem ter valores abaixo de 130-80 mm Hg.

Trinta pacientes apresentavam registro da dosagem de colesterol nos prontuários. Destes, 13 (43,3%) mostravam valores abaixo de 200 mg/dL. O valor médio foi de 211,8 mg/dL por paciente.

Apenas nos prontuários de 2 pacientes havia registro do IMC (Índice de Massa Corporal); em ambos, o valor era acima de 25 (média de 31,1 Kg/m2). Em mais dois prontuários havia registro do peso, sem registro de estatura; a falta desse dado não permite calcular o IMC.

Não foi encontrado registro de microalbuminúria, em nenhum dos prontuários examinados, inclusive nos da média ou da alta complexidade.

Quadro 11-6. Qualidade da atenção – indicadores de resultado

Indicador: Descrição	# de pacientes	%
Pacientes com valores de glicemia pré-prandial abaixo de 130 mg/dL no último ano de seguimento	14/32	43,8
Pacientes com valores de hemoglobina glicada abaixo de 7 % no último ano	0/11	0,0
Pacientes com valores de pressão arterial abaixo de 130-80 mmHg	18/40	45,0
Pacientes com valores de colesterol total abaixo de 200 mg/dL no último ano	13/30	43,3
Pacientes com valores de índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25	0/2	0,0
Pacientes com valores de microalbuminúria abaixo de 30 mg/mL	-	-

Acesso à atenção básica

Nos prontuários da atenção primária, onde deve ser realizado o diagnóstico clínico, havia registro de apenas 1 paciente (2,0%) com complicações ao momento do diagnóstico inicial. Na atenção especializada, 2

pacientes (4,0%). Em total 3/50 pacientes, ou seja, 6% tinham complicações no momento do diagnóstico inicial, segundo informações contidas nos prontuários.

Conclusões

Para avaliar o funcionamento integrado da rede através da análise do seguimento do câncer de mama como condição traçadora, existem alguns indicadores sensíveis como, por exemplo, a estabilidade do profissional que atende a paciente, a detecção oportuna do câncer, o tempo para a referência ao especialista, e os tempos a partir dessa consulta até o inicio do tratamento.

No caso do câncer de mama, no que se refere ao funcionamento dos serviços de saúde no Recife como rede integrada, alguns problemas foram observados.

Dos casos estudados, 35% das pacientes foram acompanhadas pelo mesmo mastologista (pelo menos 3 consultas) durante o ano de estudo, enquanto que 62% foram acompanhadas pelo mesmo oncologista, estes dados mostram um seguimento satisfatório das pacientes.

Porém, o período total entre a primeira consulta pelo especialista e o início do tratamento é de aproximadamente 5-6 meses, um tempo excessivamente elevado quando comparados com o que sugere a literatura, que refere um tempo máximo de 3 meses.

Infelizmente, não foi possível chegar a nenhuma conclusão sobre o diagnóstico oportuno da doença, visto que na maioria dos casos não foi identificado o estádio inicial nos prontuários.

O funcionamento da rede de serviços de saúde no Recife ainda pode melhorar, particularmente minorando os tempos entre a consulta no serviço de referência e o inicio do tratamento.

No caso da diabetes, a revisão de prontuários de 50 pacientes diabéticos nesta microrregião revelou problemas no funcionamento como rede integrada de serviços de saúde.

Os pacientes têm pouca continuidade da atenção, quase sem intervenção dos serviços de enfermagem no seguimento. Existem poucas referências a serviços de especialidade, e os exames de rotina para avaliar o controle adequado da doença são insuficientes.

Os resultados não são satisfatórios, com valores de hemoglobina glicada altos demais, e outros fatores de risco como colesterol e pressão arterial mal controlados.

Nesta pesquisa, não houve diferença significativa na continuidade ou nos resultados do controle de diabetes entre equipes tradicionais e equipes de Saúde Familiar, provavelmente pelo tamanho reduzido da amostra e o período curto pesquisado.

Apesar da existência do programa HIPERDIA (programa especial para hipertensos e diabéticos) para os diabéticos, a atenção ainda deixa muito a desejar na microrregião 3.3 do Recife.

Existem problemas de integração da informação clínica: encontramos dados sobre os pacientes diabéticos no sistema HIPERDIA, que não estavam no prontuário da paciente, e vice-versa; e até encontramos médicos que utilizam um sistema de registro separado dos pacientes com diabetes, fora dos prontuários oficiais. Combinado com a alta rotação dos profissionais, esta situação dificulta a coordenação e a continuidade da atenção ao paciente diabético. Se a rede conseguir transformar o programa HIPERDIA num programa consistente de manejo da doença (*disease management*), isto é, com um enfoque organizado, proativo, multicomponente e orientado à prestação de serviços de saúde, que envolva a toda a população diabética, há grande potencial para melhorar o controle desta epidemia moderna.

Capítulo 12
A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2

Maria Rejane Ferreira da Silva, Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, Alexsandra Xavier do Nascimento, Ederline S. Vanini de Brito, Wagner Santos do Nascimento e Jean-Pierre Unger

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo sobre continuidade dos cuidados sob a perspectiva de mulheres portadoras de câncer de mama e de portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2, residentes e tratadas na rede de Recife, e na rede de Caruaru. Os dados foram gerados mediante um estudo de casos de usuárias, baseado em entrevistas individuais às pacientes, seus médicos e a revisão dos prontuários. A descrição pormenorizada do método se encontra no capítulo 2.

Inicialmente são descritas as análises comparativas entre as redes, a partir da visão das mulheres portadoras de câncer de mama, e em seguida a partir da visão das mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2. Seguindo o delineamento das trajetórias assistenciais e das percepções das mulheres sobre a continuidade assistencial, foram evidenciados os principais aspectos que influíram no contínuo da assistência, relacionados com ambas as redes.

Os conteúdos foram organizados em torno das categorias da continuidade assistencial e suas subdimensões: continuidade da gestão do cuidado entre níveis de atenção – acessibilidade entre níveis, flexibilidade no tratamento e coerência do cuidado entre níveis; continuidade da informação entre níveis de atenção – transferência da informação e conhecimento acumulado; e continuidade da relação intranível: atenção básica e atenção especializada – consistência da equipe e vínculo entre o serviço e usuária.

A continuidade da assistência à mulheres portadoras de câncer de mama

Para a análise da continuidade assistencial, foram colhidos depoimentos de seis usuárias diagnosticadas com câncer de mama, três usuárias de Recife e três de Caruaru. Este capítulo foi elaborado a partir do relato das usuárias, de seus médicos assistentes e da revisão sistematizada de seus prontuários.

Na rede de Recife foram analisadas as histórias de três mulheres, cujas idades eram 47, 68 e 71 anos. A renda delas era em torno de R$ 600,00 (U$ 300) por mês. As três residiam próximas a alguma unidade de atenção básica. Porém, apenas uma residia em uma rua de fácil acesso. Elas acessavam aos serviços especializados através de transporte público.

Em Caruaru também foram analisadas as histórias de três mulheres com idades de 35, 48 e 67 anos. Duas das usuárias residiam no centro da cidade, e uma residia longe do centro, o que lhe dificultava a realização de exames e a ida aos serviços especializados. Todas elas tinham renda em torno de R$ 600,00 (U$ 300).

Após a fase crítica do tratamento, apenas uma usuária de Recife retornou ao trabalho. As demais, de ambos os municípios, foram aposentadas por invalidez. A aposentadoria foi fundamental para minimizar os efeitos da falta de dinheiro para subsistência, após as perdas, limitações física e psicológicas produzidas pela doença. Em todos os casos foi evidente a importância da assistência prestada por membros da família, amigos ou vizinhos, com destaque ao papel desempenhado pelos cuidadores, seja no processo de diagnóstico ou durante o tratamento. Além do apoio financeiro, familiares e amigos ajudaram na resolução dos problemas burocráticos nas unidades de saúde, providenciaram transporte, acomodação,

medicação e alimentos para as mulheres, as quais se encontravam fragilizadas em decorrência da enfermidade. O apoio recebido dos familiares e amigos foi fundamental para o aumento da confiança, adesão ao tratamento e melhoria no estado psicoafetivo. As usuárias de Caruaru se apresentaram mais dependentes do apoio familiar, para transporte, marcações de consultas e da necessidade de obter suas aposentadorias: "*Tanto é que a minha irmã: "Fica aí embaixo, fica aí embaixo [praça interna do hospital]". Minhas irmãs foram muito participativas: "Fica aí, fica aí embaixo que eu subo. A gente sobe". Aí, ia pegar a receita e eu não subia*" (Usuária 2, Rede Recife).

Continuidade da gestão do cuidado

Acessibilidade entre níveis assistenciais

Neste tópico serão apresentados os principais elementos que influíram no acesso das usuárias aos serviços de saúde. Descrevem-se aspectos relevantes observados antes do diagnóstico, que influíram na realização ou não dos exames de rastreio de câncer de mama; aspectos que influíram no acesso aos exames de diagnóstico; o processo de encaminhamentos à atenção especializada (AE); o papel exercido pelos acompanhantes e o contexto das usuárias; e o seguimento pós-tratamento, com ênfase em aspectos relacionados com encaminhamento a especialistas e acesso à emergência.

Fase pré-diagnóstica

Em ambas as redes, a maioria das mulheres tinha acesso à consultas de rotina na atenção básica antes do diagnóstico. Apenas uma usuária por rede não frequentava regularmente os serviços de saúde antes do diagnóstico, apenas quando estavam doentes. Nenhuma das mulheres realizou exames para detecção precoce do câncer de mama, antes da suspeita diagnóstica, embora tivessem conhecimento dessa necessidade e da maioria estar na faixa de idade recomendada.

Apenas uma das usuárias de Recife obteve a prescrição da mamografia antes do diagnóstico. Todavia, na época, não julgou ser necessária a realização do exame, tampouco lhe foi cobrado o resultado do exame na consulta subsequente. Em ambos os municípios, o acesso à Unidade

de Saúde da Família (USF) não resultou em aderência ou seguimento do protocolo para diagnóstico precoce. Não se obteve informações quanto as causas da falta de realização das provas diagnóstica.

Durante a fase diagnóstica de câncer de mama, todas as usuárias, em ambos os municípios, deixaram de trabalhar e dedicaram-se apenas a realizar o diagnóstico, tratamento e recuperação da sua saúde. A suspensão do trabalho produziu sério impacto econômico, principalmente no intervalo entre a cirurgia e a concessão da aposentadoria. Este impacto aconteceu de maneira diferente em Recife e em Caruaru. Em Recife, o apoio familiar e o funcionamento razoável da rede pública de apoio diagnóstico amenizaram os gastos com exames de diagnóstico e seguimento, diferente das usuárias de Caruaru, que arcaram com os custos dos mesmos tipos de exames.

No período em que ficaram sem trabalhar, as usuárias de ambos os municípios foram sustentadas por familiares ou recebiam um benefício da previdência social. As dificuldades impostas pela diminuição da renda das usuárias foram contornadas pela atuação de parentes e amigos, que as ajudaram a garantir o sustento e o acesso aos serviços de saúde.

Fase diagnóstica

Houve diferença na forma como a assistência foi provida no **início do diagnóstico** entre as usuárias de Recife e Caruaru. Essas diferenças se deveram à disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, em Recife e, ao subdimensionamento da rede de diagnóstico em Caruaru. Ao iniciarem o processo diagnóstico com queixas de dores ou modificações nas mamas, as usuárias de Recife tiveram suas mamografias e ultrassonografias de mama solicitadas pelos profissionais da atenção básica, e estes exames foram realizados gratuitamente. O tempo de espera para a realização dos exames de diagnóstico variou entre as usuárias. Apenas uma delas relatou facilidade na realização do exame em decorrência da gravidade de sua enfermidade. As demais precisaram cobrar celeridade na emissão dos resultados às clínicas, pois recearam que a demora na emissão dos resultados dos exames comprometesse o início do tratamento. A média de tempo de espera entre a solicitação dos exames e a emissão de seus resultados foi inferior a 90 dias: "*Eu fui para a médica da família. Aí, eu mostrei a ela [a mama]. [...] aí, ela examinou pelo toque. Aí, ela disse assim:*

"a senhora não está bem." Aí, ela pegou, fez uns exames, e eu fui [encaminhada] para o mastologista" (Usuária 2, Rede Recife).

Ao contrário das usuárias de Recife, em Caruaru apenas uma delas realizou os exames de diagnóstico na rede pública, as demais custearam os exames em clínicas privadas. Uma delas realizou os exames na rede privada por desconfiar da qualidade e celeridade na emissão de resultados pela rede pública. Outra não conseguiu realizar os exames de diagnóstico na rede pública por ter menos de 38 anos e o exame ser autorizado pelo SUS para mulheres com mais de 40 anos. Apesar dos indícios observados pelo médico de família, a Secretaria de Saúde não liberou os exames, restando à usuária a realização dos exames em clínica privada.

Segundo as usuárias e seus oncologistas, a realização de exames em clinicas privadas não impossibilitou o atendimento nos serviços públicos de Caruaru. Esta prática é comum em Caruaru, e é rotina dos profissionais acatar estes exames visando diminuir o tempo de espera na definição do diagnóstico. Contudo, esta alternativa resultou em aumento de gastos das usuárias nesta etapa da trajetória assistencial.

Foram observadas diferenças no **acesso à mastologia** entre Recife e Caruaru, em relação à origem dos encaminhamentos, ao acesso geográfico e tempo de espera para marcação das consultas. Todas as usuárias de Recife foram encaminhadas à rede especializada a partir da atenção básica, e relataram fácil acesso geográfico à mastologia no **segundo nível** assistencial, em virtude da localização de suas residências, próximas à grandes vias com maior disponibilidade de transporte público. Em Caruaru, as três usuárias foram referenciadas da atenção básica à mastologia. Duas delas aderiram à rede pública e a terceira iniciou seu diagnóstico na mastologia privada, por desconfiar da qualidade do serviço público. Todas elas relataram que o serviço de mastologia estava situado distante de suas residências e com pouca disponibilidade de transporte público, resultando no aumento dos custos com transporte para realizarem seus tratamentos: "*Foi rápido. Porque ela [mastologista do HAM] disse que já estava muito grave, que tinha que tirar [a mama]*" (Usuária 1, Rede Recife).

Com exceção da usuária de Recife, que teve diagnóstico avançado, as demais usuárias, de ambas as redes, não tiveram suas consultas marcadas rapidamente e precisaram aguardar a regulação da vaga. Uma das usuárias de Recife não conseguiu acesso à mastologia em tempo

aceitável, pois o único médico disponível no serviço de referência estava de férias. Após tentativas de acesso, decidiu consultar-se em uma clínica privada, onde se estabeleceu a forte suspeita diagnóstica. Todavia, não pôde arcar com os custos do tratamento privado e seu acesso ao serviço público foi facilitado pelo próprio mastologista, que também trabalhava em hospital conveniado.

Diante dos resultados dos exames, o encaminhamento do segundo ao terceiro nível de referência para mastologia foi imediato para todas as usuárias de Recife. Algumas delas destacaram a distância percorrida, a pé, para chegar à unidade especializada, em razão da má distribuição do sistema de transporte público e a centralização dos hospitais terciários no distrito sanitário 1 e 4.

A demora em acessar o serviço especializado aumentou o tempo total entre o diagnóstico e início do tratamento das usuárias. Em razão da distância, elas precisaram de auxilio financeiro para deslocar-se à mastologia, caso contrário, se deslocariam a pé. Antes das cirurgias, duas usuárias foram encaminhadas para consultas na oncologia, onde realizaram quimioterapia, visando diminuir o tamanho do tumor. Após a realização de novos exames ou punções, suas cirurgias foram marcadas em hospitais públicos de Caruaru. Como a equipe da mastologia do segundo nível é a mesma que atua no terceiro nível assistencial, não precisaram ser encaminhadas para a realização das cirurgias: "*Me atendeu e me passou urgentemente para a oncologista, que foi a oncologista disse: "você vai fazer quimioterapia." Aí, me explicou todo o processo*" (Usuária 2, Rede Recife).

No que se refere à realização de **exames pré-operatórios**, houve diferenças entre as redes de Recife e Caruaru. Em Recife os exames pré-operatórios foram solicitados nas unidades de mastologia dos hospitais terciários, e todas as usuárias tiveram acesso gratuito, exceto uma delas que custeou o parecer cardiológico para não atrasar em uma semana a realização da cirurgia. As demais relataram fácil acesso aos exames devido a organização da rede assistencial dos hospitais terciários, que contavam com rede de apoio ao diagnóstico no próprio serviço ou dispõe de apoio de laboratórios conveniados. As usuárias de Recife preferiam realizar seus exames nos hospitais terciários, em virtude da velocidade na emissão dos resultados, pela diminuição do tempo de espera para a realização das cirurgias e pela redução dos custos com o diagnóstico.

Ao contrário do ocorrido na rede de Recife, apenas uma usuária de Caruaru realizou os exames pré-operatórios no serviço público e sem custos. Neste município, os exames pré-operatórios foram solicitados na mastologia do segundo nível assistencial. Entretanto, as usuárias tiveram que entrar em uma fila de marcação dos exames, no serviço público, em virtude da insuficiência da rede de apoio diagnóstico que não conseguiam responder com celeridade às demandas dos serviços de alta complexidade. Para abreviar o tempo de espera para marcação e recebimento dos resultados dos exames e realização das cirurgias, as usuárias tiveram que realizar os exames pré-operatórios em clínicas privadas e arcaram com o aumento destes gastos.

Fase de tratamento e seguimento

Foram identificadas diferenças na **condução do tratamento** realizado em Recife e em Caruaru, que resultaram em diferenças no tempo para a realização da cirurgia. Em Recife, as usuárias foram diagnosticadas e operadas e em Caruaru, em virtude do estágio avançado no momento do diagnóstico, realizaram quimioterapia para diminuição do tumor e depois realizaram as cirurgias. As usuárias de Recife também tiveram acesso à radioterapia, diferente das usuárias de Caruaru.

As usuárias de Recife demoraram em média 73 dias, entre a primeira consulta na atenção básica e a cirurgia. Devido à gravidade dos casos, em Caruaru, duas usuárias realizaram quimioterapia antes da cirurgia, entre a primeira consulta de diagnóstico e a quimioterapia, as usuárias demoraram em média 30 dias. Todas as usuárias, de ambas as redes, realizaram suas cirurgias gratuitamente em hospitais públicos ou conveniados e tiveram acesso à internação um dia antes da cirurgia.

As usuárias de Recife tiveram acesso aos tratamentos, conforme previsto no protocolo. Foram avaliadas na mastologia, onde tiveram o tumor estadiado foram operadas e encaminhadas para a oncologia, onde realizaram tratamentos quimioterápicos e radioterápicos gratuitos, de acordo com as suas necessidades.

Após a avaliação na mastologia, as usuárias de Caruaru foram encaminhadas ao centro de oncologia, onde realizaram o tratamento quimioterápico e foram contrarreferenciadas para a mastologia. Em seguida, foram operadas e retornaram à oncologia para a realização do tratamento

quimioterápico pós-cirúrgico. O tempo entre a primeira consulta e a cirurgia excedeu os 120 dias, devido à realização da quimioterapia antes da cirurgia. As usuárias de Caruaru não puderam realizar o tratamento radioterápico de imediato, pois o município não contava com este tipo de serviço público ou conveniado ao SUS. No entanto, apenas uma das usuárias que apresentava quadro clínico estável foi encaminhada à radioterapia em Recife. Ficou alojada em uma residência custeada pelo serviço público e realizou a radioterapia em um hospital conveniado ao SUS. As demais se encontravam em estado clínico crítico e não puderam se deslocar até o Recife. Uma delas contou com a ajuda de terceiros para arcar com os custos do tratamento radioterápico em hospital privado de Caruaru. A outra usuária não obteve ajuda financeira, e seu tratamento foi readequado pelos oncologistas, que decidiram a substituição da radioterapia por um tratamento de 36 ciclos de inibidor hormonal de alto custo, fornecido gratuitamente no centro de oncologia.

As usuárias relataram bastante sofrimento psíquico e angústia com a impossibilidade de realizar a radioterapia gratuitamente em Caruaru, assim como com a dificuldade em serem transportadas pelo fato de estarem fragilizadas diante da agressividade do tratamento e necessitarem de deslocamento em ambulâncias, em um percurso de mais de 130km, além de ficarem alojadas longe de seu contexto social e familiar, durante a radioterapia.

No que diz respeito ao **acesso às biópsias**, houve diferenças entre os municípios. Em Recife, as usuárias realizaram as biópsias gratuitamente, no mesmo hospital em que fizeram a cirurgia, e todas receberam os resultados em menos de 60 dias. Este período de tempo para a emissão dos resultados das biópsias foi considerado bom pelos oncologistas que acompanharam as usuárias. Apenas uma usuária de Caruaru realizou o exame gratuitamente, no laboratório da secretaria de saúde. Contudo, esperou 3 meses pela expedição do resultado. As demais realizaram as biópsias em laboratórios privados e arcaram com o alto custo do exame para não atrasar o início do tratamento quimioterápico. Como consequência, houve atraso do início do tratamento quimioterápico. Durante a espera pela liberação do resultado do exame, a usuária sofreu complicações e realizou nova cirurgia. Posteriormente, reiniciou o tratamento, desta vez para tratar da metástase no cérebro.

Em ambos os municípios observou-se que apenas uma usuária teve **acesso aos medicamentos** para náuseas, decorrentes da quimioterapia. As demais tiveram que comprá-los, tendo em vista que não houve a concessão da medicação nos serviços onde realizaram o tratamento. Em Recife, uma das usuárias necessitou usar morfina e no primeiro momento teve que comprá-la, até ser incluída em um programa de distribuição controlada e gratuita.

Em ambos os municípios, após a realização do exame de imuno-histoquímica, as usuárias elegíveis para o tratamento hormonal receberam a medicação gratuita, além de recomendações para que mantivessem mais de uma cartela de medicação para 30 dias, como segurança, no caso de haver falta na farmácia hospitalar: "*Completei. Eu tomei tudo certo. Nunca cheguei na farmácia para estar faltando. E ela sempre dizia: "Verônica U2, quando estiver faltando uma cartelinha tu já vem, porque aí tu não fica sem. Porque às vezes falta*" (Usuária 2, Rede Recife).

Em ambos os municípios, foi relatada facilidade em marcar as consultas de seguimento em pouco tempo e dentro do prazo previsto pelo oncologista. Os agendamentos eram realizados por telefone ou no local de atendimento, porém o tempo de espera no dia da consulta era prolongado. Não obstante, houve diferenças entre os municípios quanto a organização do horário de chegada nos dias das consultas. Em Recife, recomendava-se a todos os usuários da unidade de oncologia a chegarem no mesmo horário, sendo atendidos por ordem de chegada. Em Caruaru, as usuárias foram instruídas a chegarem próximas ao horário da consulta: "*Ela mesma [médica] que agenda. Eu acho melhor [...] pronto. Eu vou agora em Janeiro*". (Usuária 1, Rede Recife). O encontro no mesmo horário de todos os pacientes a serem atendidos no dia da consulta resultava em saturação de pessoas na recepção e causava desconforto às usuárias que aguardavam o atendimento durante horas. As usuárias de Caruaru sofreram menos com o tempo de espera para serem atendidas e o volume de pacientes aguardando na recepção era menor.

Em ambos os municípios, os **encaminhamentos à especialistas** ocorreram a partir da oncologia. Após o início do tratamento todas as usuárias, em ambos os municípios, passaram a ter a atenção coordenada pelos oncologistas. Estes foram responsáveis pelos encaminhamentos das usuárias para consultas com especialistas. Conforme relatos, a obtenção

das vagas para os especialistas foi mais rápida quando solicitadas na oncologia e não a partir da atenção básica, fato esperado e que agilizava o tratamento após a cirurgia. Entretanto em Recife, as usuárias perceberam a tensão entre os médicos de família e os oncologistas, no que diz respeito ao entendimento quanto à condução de seus casos. Os médicos de família de Recife insistiram em obter informações sobre o estado de saúde das usuárias, de modo que pudessem melhor acompanhá-las. Contudo, não obtiveram êxito. A falta da contrarreferência foi justificada, por parte dos especialistas, como prestação de informações desnecessárias, uma vez que pouca coisa poderia ser feita em favor das usuárias, naquele nível de atenção. Em Caruaru, observou-se a ausência da atuação da atenção básica no cuidado com as mulheres.

Em ambas as redes, o acesso à emergência foi motivo de tensão para as usuárias, em virtude do despreparo dos profissionais no atendimento de pessoas com câncer. O fato de serem pacientes portadoras de câncer resultava em mais dificuldades para receber atendimento nas emergências gerais. Nestas unidades, registraram-se discriminação às usuárias no atendimento, devido à gravidade dos casos e o estigma da doença. Particularmente em Recife, destacou-se o bom atendimento emergencial, quando realizado no hospital onde as usuárias eram tratadas ou em serviços adaptados para receber pacientes de oncologia. As urgências das usuárias de Caruaru, foram feitas nos hospitais gerais referenciados pela oncologia, sem a opção de emergência em unidades oncológicas. Ressaltou-se que os atendimentos nas emergências gerais de Caruaru foram feitos por profissionais pouco colaborativos, desinformados, pouco respeitosos ou que se recusaram a atendê-las por se tratarem de pacientes com câncer.

Flexibilidade no tratamento

Devido à agressividade do câncer de mama, uma usuária em cada município sofreu agravamento do estado de saúde no decorrer do tratamento, manifestado através de metástase e do aparecimento de doenças associadas ao câncer avançado. Ambas as usuárias necessitaram de adaptação do tratamento, em decorrência de sua condição clínica. Como resposta, os oncologistas prescreveram novas medicações, fizeram encaminhamentos à especialistas para a realização de tratamentos específicos.

A usuária de Recife desenvolveu síndrome de compressão medular e necessitou de avaliação neurológica, do uso de colete ortopédico e fisioterapia. Neste período, seu tratamento radioterápico foi suspenso, e como houve demora na avaliação, o tratamento radioterápico perdeu a eficácia e foi interrompido, diminuindo a proteção da usuária contra a doença. Nesta fase, a usuária sofreu com muita dor e teve que fazer uso de morfina. A gravidade da doença reduziu a capacidade locomotora da usuária, que apesar de ter acesso gratuito nos ônibus, os veículos não eram adaptados à cadeirantes e não havia serviço de transporte de enfermos disponível. Como resultado, a usuária precisou arcar com os custos do transporte e aguardar sua consulta pela ordem de chegada, sem prioridade: *"Ednalda, U1 ela foi operada, ela fez a cirurgia da mama, ela fez quimioterapia, ela fez radioterapia da mama. Quando ela fez a Síndrome da Compressão da Medula, ela não fez a radioterapia, por conta do período que já estava com a paralisia dos membros inferiores. É, mas ela teve a avaliação do neurologista, ela fez a fisioterapia motora*" (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).

Uma das usuárias de Caruaru foi diagnosticada com tumor cerebral após episódios de convulsões e foi encaminhada a outro oncologista, que lhe elaborou um tratamento específico, que era indisponível na rede assistencial pública de Caruaru. Foi necessária uma autorização judicial para que a secretaria de saúde liberasse o acesso ao tratamento radioterápico gratuito em um hospital privado. No mesmo município, outra usuária foi diagnosticada com anemia durante a quimioterapia, e teve que comprar a medicação específica porque não lhe foi disponibilizada gratuitamente.

Coerência do cuidado

Em ambos os municípios, uma das usuárias de cada rede relatou algum aspecto em que os profissionais discordaram sobre os seus tratamentos. Em Recife, a discordância foi justificada pelo argumento estético, e em Caruaru pelo clínico. No primeiro caso, o mastologista do segundo nível assistencial sugeriu a realização da quadrantectomia, enquanto o mastologista da unidade terciária, que realizou a cirurgia, sugeriu a mastectomia radical, opção que foi aceita pela usuária. Em Caruaru, um dos oncologistas questionou o motivo pelo qual não foi prescrito o uso do inibidor hormonal. Contudo, na revisão do prontuário, observou-se que

o resultado do exame Imuno-histoquímico apontava para a ineficácia deste tratamento para o caso específico da usuária (tabelas 12-1 e 12-7).

Tabela 12-1. Continuidade da gestão da atenção entre redes assistenciais câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
	Fase pré-diagnóstica	
Detecção precoce	Não se realizaram os exames de rastreio.	Não se realizaram os exames de rastreio.
Apoio ao diagnóstico	Solicitados e realizadas as mamografias e ultrassonografias de mama na rede.	Processo de diagnóstico na AB e na mastologia privada;Indisponibilidade de mamografia para casos suspeitos fora do protocolo.
	Fase diagnóstica	
Acesso à AE no diagnóstico	Maior possibilidade de acesso à mastologia pública.	Possibilidade limitada de acesso à mastologia pública.
Exames pré-operatórios	Acesso limitado aos exames pré-operatórios gratuitos.	Exames pré-operatórios gratuito.
Cirurgias	Acesso gratuito a cirurgia em hospitais públicos ou conveniados; Existência de rede hospitalar.	Acesso à cirurgia gratuita em hospitais públicos ou conveniados, existência de rede hospitalar.
Quimioterapia	Acesso gratuito à quimioterapia,disponibilidade do tratamento na rede assistencial.	Acesso gratuito à quimioterapia,disponibilidade do tratamento na rede assistencial
Radioterapia	Acesso gratuito, disponibilidade do tratamento na rede assistencial.	Dificuldade de acesso gratuito e necessidade de deslocamento a Recife, ou pagar pela radioterapia.
Biópsias	Exame gratuito disponível na rede assistencial.	Dificuldade de acesso gratuito ao exame.
	Tratamento e Seguimento	
Acesso à Medicação	Disponibilidade da medicação é gratuita, porém com risco de faltar. Há programas de acesso gratuito à medicações controladas.	Disponibilidade de medicação gratuita, porém com risco de faltar.
Coordenação da atenção	Coordenação da atenção feita pelos oncologistas; Tensão com médicos da AB.	Coordenação da atenção feita pelos oncologistas; Ausência do médico da AB.
Encaminhamentos à AE	Através da oncologia; Dificuldades na avaliação oportuna.	Através da oncologia.

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	Adequação de tratamento nas necessidades.	Adequação de tratamento nas necessidades.
Coerência do Cuidado		
Coesão entre condutas	Discordâncias entre Mastologistas sobre o tipo de cirurgia.	Discordância entre oncologistas sobre o uso inibidor hormonal.

Continuidade da informação

Em ambas as redes, principalmente em Caruaru, nos discursos da maioria das usuárias, foram ressaltados problemas relacionados com a continuidade da informação, tanto no que diz respeito à transferência de informação, devido à falta ou pouco uso de mecanismos formais, quanto ao conhecimento acumulado, de alguns dos profissionais, relativos valores, crenças e contexto social das pacientes (tabelas 12-2 e 12-8).

Transferência da informação

Em relação à **transferência da informação**, foram destacadas diferenças entre as redes. Em Recife, foi relatado nas entrevistas e observado nos prontuários, a existência do formulário de referência e contrarreferência, enquanto que em Caruaru, este instrumento não existia.

Em ambos os municípios, os encaminhamentos aos serviços de mastologia foram realizados por escrito pelos médicos da AB e as usuárias foram encaminhadas com a solicitação da mamografia, da ultrassonografia mamária, ou com os resultados destes exames em mãos, foram orientadas a entregá-los aos médicos especialistas. Em Recife, todas as usuárias foram referenciadas por escrito em formulário específico, porém em um deles constava apenas "encaminho à mastologia". As usuárias do Recife, após consulta e análise do resultado dos exames, foram encaminhadas aos oncologistas pelos mastologistas. Não obstante, em nenhum dos casos, as usuárias retornaram à AB com informações das unidades especializadas. Segundo as usuárias e seus cuidadores, as informações as quais os profissionais do primeiro nível de atenção tiveram acesso, foram passadas pelas usuárias, seus cuidadores ou pela análise dos exames

solicitados na AE: *"Não achei que teriam informações. Achei que ia começar tudo de novo. Eles perguntavam e eu dizia, mas acho que passar deles de um para o outro, acho que não"* (Usuária 2, Rede Recife).

O tratamento e seguimento de todas as usuárias foram realizados nos ambulatórios especializados dos próprios hospitais onde foram operadas. Dentro do próprio hospital, as informações eram compartilhadas entre os profissionais especializados, através de anotações em prontuários, telefonemas e conversas informais, conforme relatos dos oncologistas e das usuárias. Em ambas as redes, constatou-se que os prontuários destes serviços continham muitas informações sobre as usuárias, contudo estas informações não eram compartilhadas com os demais níveis de atenção, tanto que, após a cirurgia, rompeu-se a comunicação entre os mastologistas e oncologistas.

Houve diferenças quanto ao momento em que as usuárias tiveram acesso às informações sobre o tratamento. Em Recife, a prestação da informação sobre a doença e sua gravidade ocorreu ainda na mastologia. As usuárias souberam como seriam realizados os tratamentos, suas consequências e como poderiam readaptar suas vidas. Este fato fortaleceu a confiança das usuárias no serviço e no tratamento, na medida em que as informações se confirmavam durante a sua trajetória assistencial. Em Caruaru, as informações sobre as fases do tratamento foram prestadas pelas Assistentes Sociais. Na oncologia, durante o período preparatório para a quimioterapia, em ambos os municípios, todas as usuárias foram orientadas pelos profissionais responsáveis, a como proceder e a quais serviços deveriam acessar em caso de emergência.

Conhecimento acumulado

Em ambos os municípios, as usuárias relataram que os médicos oncologistas que às atendiam na maioria das consultas, conheciam o contexto socioeconômico e familiar em que viviam. Mediante este conhecimento, prepararam laudos, pareceres e orientações para a efetivação das aposentadorias, encaminhamento aos distintos profissionais necessitados pelas usuárias. Contudo, em algumas oportunidades, conhecer as especificidades da usuária não resultou em melhoria de acesso. Uma usuária de Recife, apesar da dificuldade de locomoção, relatou que não tinha prioridade de acesso na consulta.

Tabela 12-2. Continuidade da informação entre redes assistenciais câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012

Categorias	Recife	Caruaru
	Transferência da Informação	
Mecanismos de transferência de informações	Existência de formulário para encaminhamentos, mais usado para referência; Ausência de contrarreferência; os especialistas não enviam informações à AB.	Inexistência de formulário para encaminhamentos; Encaminhamentos incompletos a AE; Falta de instrumento e incentivo para os especialistas enviarem informações à AB.
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências.	Informações prestadas na mastologia sobre o tratamento, existência de plano para evitar intercorrências e procedimentos em caso de urgências.	Informações prestadas na mastologia sobre o tratamento, existência de plano para evitar intercorrências e procedimentos em caso de urgências.
	Conhecimento acumulado	
Conhecimento sobre a história e contexto social da usuária	Todos os profissionais da oncologia conheciam por nome, histórico clínico e o contexto socioeconômico das usuárias sem consultar prontuário.	Todos os profissionais da oncologia conheciam por nome, histórico clínico e o contexto socioeconômico das usuárias sem consultar prontuário.

Continuidade da relação

Na continuidade de relação, evidenciou a rotatividade de médicos como principal problema da falta de consistência da equipe na AB, sobretudo em Caruaru. Quanto ao vínculo usuária-serviço em ambas as redes, todas as usuárias identificaram o oncologista como o responsável pela sua atenção, com os quais estabeleceram relação de confiança (tabelas 12-3 e 12-9).

Consistência da equipe

A consistência das equipes da atenção básica foi diferenciada entre as redes de Recife e Caruaru. Em Recife, foi observada a rotatividade de profissionais que compõem a USF. Nas equipes mais estáveis, os médicos solicitavam apoio ao nível especializado, embora sem êxito. Em Caruaru, após o início do tratamento, as usuárias deixaram de ser acompanhadas pelos profissionais neste nível de atenção. Nenhuma das usuárias de Recife ou Caruaru se consultou na mastologia após o início do tratamento oncológico. Apenas a de Recife desconhecia a necessidade de realizar este tipo de consultas, por acreditar que o atendimento na oncologia

era suficiente. Após 4 anos de tratamento, foi informada que deveria ter continuado a se consultar com o mastologista.

Em ambos os municípios, os profissionais que as atenderam na oncologia foram os mesmos nos dois anos após o início do tratamento. Neste serviço, era rotina o agendamento das consultas sempre para o mesmo profissional. Em Recife, havia abertura institucional para elas romperem a relação com um profissional e escolher outro, caso estivessem descontentes com o atendimento prestado. Em Caruaru, adotou-se como política o incentivo às pacientes a escolherem o profissional que vão acompanhá-las, e após algum tempo, se estimula a alternância de profissionais para melhorar a segurança da usuária em seu tratamento ao ouvir outras opiniões e abordagens no seu seguimento. No entanto, as usuárias consideravam que a estabilidade da equipe de oncologia favorecia a confiança nos profissionais.

Vínculo entre as usuárias e os profissonais

A construção do vínculo das usuárias com os profissionais ocorreu de forma diferente na AB das duas redes. Em Recife, duas das usuárias foram acompanhadas pelos mesmos profissionais desde o início do diagnóstico. Porém, elas perceberam a falta de capacitação destes profissionais em acompanhá-las. Em Caruaru, não houve a consolidação de vínculos entre as usuárias e os profissionais da AB. Em ambos os municípios, ocorreu o estabelecimento de vínculo entre as usuárias e os oncologistas. Estes profissionais demonstraram interesse e profundo conhecimento sobre cada caso e conheciam as etapas da realização dos tratamentos de cada uma delas, sem a necessidade de consultar os prontuários. As usuárias relataram confiança nas informações e nos tratamentos propostos por estes profissionais, que sempre demonstravam interesse em ouvir e esclarecer dúvidas em linguagem compreensível e com exemplos: "*Porque ela já sabe. Eu me sinto... porque ela é minha médica e já sabe de tudo, entendeu*" (Usuária 1, Rede Recife).

Tabela 12-3. Continuidade da Relação entre redes assistenciais câncer de mama. Recife e Caruaru, 2012

Categorias	Recife	Caruaru
	Consistência da Equipe	
Identificação do médico responsável	Rotatividade de profissionais na AB; Estabilidade da Equipe na oncologia.	Rotatividade de profissionais na AB; Estabilidade da Equipe na oncologia.
	Vínculo usuária-serviço	
Confiança no profissional	Vínculo com a AB. Percepção das limitações da capacidade de atendimento do Profissional; Na AE, não há vínculo com a Mastologia; Vínculo com oncologistas.	Nenhum vinculo com a AB; Na AE, não há vínculo com a Mastologia; Maior vínculo com oncologistas.

A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

Continuidade da gestão do cuidado

Acessibilidade entre níveis assistenciais

Na maioria dos casos analisados, foram evidenciados problemas de acessibilidade em todas as fases de evolução da doença, que resultou em atrasos no diagnóstico e tratamento. Após o diagnóstico, as mulheres continuaram com dificuldades, sobretudo as de Caruaru, para assegurarem seus tratamentos. Defrontaram-se com tempos de espera prolongados para consultas, falta de acesso à especialistas, a medicamentos e a exames. Estes problemas provocaram a irregularidade no acompanhamento da doença, na manifestação de várias complicações e descompensações clínicas, seguidas de frequentes atendimentos em urgências.

Fase pré-diagnóstica

Nos dois municípios, a capacidade dos serviços de saúde de detecção precoce da diabetes foi insuficiente. A maioria das mulheres obteve diagnóstico em crise.

Em Recife, uma das usuárias não tinha cadastro na AB, não frequentava nenhum serviço de saúde e não realizava consultas preventivas. Teve diagnóstico clínico definido, durante uma consulta médica na rede

privada, realizada para obtenção de um certificado de saúde para viagem. As demais usuárias realizavam consultas de rotina na USF. Uma delas teve o diagnóstico de diabetes confirmado na própria USF, e a outra, após várias tentativas fracassadas na USF, teve definição diagnóstica em uma clínica conveniada com a empresa em que trabalhava seu marido, e foi encaminhada à AB para acompanhamento. Nenhuma das usuárias de Caruaru realizou consultas de rotina. As que tinham cobertura da ESF, porque não frequentavam a USF e a residente em área descoberta tinha acesso limitado aos serviços de AB. Entretanto, todas foram diagnosticadas em serviços públicos de saúde, porém em condições distintas. A primeira usuária foi diagnosticada durante grave crise glicêmica, ocasião em que necessitou de pronto atendimento em uma policlínica; a segunda foi diagnosticada ao realizar exames pré-natais na maternidade; e a terceira era ACS, e apesar de residir em área descoberta, se consultava sem ter prontuário na USF onde trabalhava. A conclusão de seu diagnóstico foi estabelecida após a realização de um teste de glicemia capilar, cujo resultado foi associado a sintomas e histórico familiar: "*Quando chegou lá, o médico olhou para mim, perguntou e eu disse. Aí, ele disse: "Eu não vou passar nada, somente esses exames, e a partir de hoje você não use mais açúcar." Foi numa clínica que tinha na cidade. Ele disse: "Não vou passar remédio agora e você tira o açúcar e vá fazer esses exames com urgência*" (Usuária 1, Rede Recife).

Foi observada semelhança entre os municípios, no que se refere à atuação da rede de **apoio ao diagnóstico**. Todas as usuárias procuraram realizar seus exames na rede pública. No entanto, apenas uma usuária, em cada município, conseguiu realizá-los gratuitamente no SUS. Em Recife, as usuárias optaram pela rede privada em virtude da demora, em torno de 1 mês, na emissão de resultados, já que os exames são coletados rapidamente nas USFs. Em Caruaru, tanto as usuárias como os médicos da família, consideraram a oferta insuficiente de exames na rede púbica, fato que trazia como consequência, prolongado tempo de espera para a realização e emissão dos resultados. A maioria desistiu e arcou com os custos da realização das provas em laboratórios privados.

Fase pós-diagnóstica

Todas as usuárias de Recife e de Caruaru realizaram suas consultas de seguimento nas USFs próximas às suas residências. Observou-se diferença entre as redes, no que diz respeito ao agendamento das consultas subsequentes. Em Recife, destacou o fácil acesso geográfico, devido à centralização das USFs, bem como foi reconhecido que havia facilidade para o atendimento. Os agendamentos das consultas subsequentes na AB ocorreram em prazo satisfatório, porém o tempo de espera para o atendimento foi considerado prolongado no dia da consulta. As causas apontadas foram as precárias condições de infraestrutura das USFs, associada à subdimensão das unidades para o atendimento da demanda diária da população do território: "*Não demora pra conseguir a consulta no posto e eu acho uma maravilha. Chega, já está marcado. Você perde se quiser. É só chegar lá e aguardar,. Eu acho uma maravilha, porque dificilmente isso acontece*" (Usuária 2, Rede Recife).

Em Caruaru, também foi ressaltado o fácil acesso geográfico às USFs, pelas mesmas razões atribuídas em Recife. Apesar das consultas serem agendadas dentro dos prazos para o seguimento, ao contrário de Recife, as usuárias pernoitavam em frente às unidades de saúde para conseguirem as fichas de marcação. Tanto o tempo de espera para o agendamento das consultas, quanto o tempo de espera para o atendimento no dia da consulta foram considerados prolongados.

Existiram similaridades nas redes quanto ao acesso aos **exames de seguimento**. Em ambas as redes, não havia necessidade de deslocamento das usuárias para realização de provas. Os exames eram coletados e entregues nas USFs gratuitamente.

Segundo as usuárias, a emissão dos resultados dos exames ocorria em menos de um mês após coletados nas USF do Recife. Este tempo foi considerado prolongado, e uma das usuárias preferiu realizá-los em outra unidade pública no centro do Recife, onde os resultados eram emitidos rapidamente: "*Não tenho despesas de remédio, nem de exames. Eu só faço os exames fora. Eu fiz exame aqui no posto uma vez, de sangue. Até hoje esse exame não chegou. De lá para cá, eu sempre faço lá no Hospital XXX. Ela traz para mim aqui. Sempre quando eu vou para fora assim, eu faço. Quando eu vou no hospital, trago a receita e ela vê*" (Usuária 1, Rede Recife).

Em Caruaru, a emissão dos resultados dos exames ocorria em duas semanas. Porém, segundo os médicos de família de Caruaru, as usuárias apresentavam dificuldades para a manutenção dos níveis glicêmicos dentro da normalidade e com frequência descompensavam. Nestas condições, o tempo para emissão dos resultados em duas semanas após a coleta foi considerado longo, uma vez que estariam desatualizados para conduzir uma crise. Diante de necessidade de avaliação imediata, os exames eram realizados em clínicas privadas para acelerar a emissão dos resultados e a consulta, o que gerava gastos com exames que deveriam estar disponíveis na USF.

Existiram diferenças, entre redes, quanto à disponibilidade gratuita da **medicação** e insumos para o controle da diabetes nas farmácias das USFs. Em Recife, os relatos de falta de medicação foram menores que em Caruaru.

Em Recife, as farmácias da USF contam apenas com a medicação para controle das usuárias sem complicações e em geral foram fornecidos gratuitamente. As medicações prescritas pelos profissionais da AE não foram disponibilizadas neste nível de atenção. A falta da medicação afetou a continuidade do tratamento prescrito pelos médicos especialistas. O alto custo da medicação, associado à baixa renda das usuárias, motivou a realização de tratamentos seletivos, de acordo com a possibilidade de aquisição da medicação em farmácias privadas. Em Recife, a eventual falta de medicamentos nas USFs, motivou as usuárias a armazenarem a medicação em suas casas. Em Caruaru, o acesso das usuárias à medicação para o tratamento da diabetes foi parcial. Nem sempre toda a medicação prescrita, tanto na AB quanto na AE, estava disponível nas farmácias dos serviços de ambos os níveis de atenção. Em ambas as redes, a intermitência da distribuição da medicação motivou a aquisição dos medicamentos em farmácias privadas para não haver interrupção do tratamento. Quanto **aos insumos**, tanto as usuárias de Recife, quanto as de Caruaru, relataram receber gratuitamente insumos como agulhas, insulina e seringas. A exceção de uma usuária de Recife, todas as demais não receberam o glicômetro e as tiras reagentes. Em ambos os municípios, as usuárias relataram insatisfação e ansiedade devido à incerteza do recebimento gratuito dos medicamentos para o tratamento.

Nas duas redes, os **encaminhamentos aos especialistas** partiram da atenção básica. Em Recife e Caruaru, as usuárias relataram dificuldades para o agendamento de consultas de seguimento na atenção especializada. Outra dificuldade adicional foi a longa distância entre as unidades de segundo nível e as residências das usuárias.

Em Recife, segundo as usuárias, as dificuldades de acesso à atenção especializada aumentaram após a implementação da central de regulação que modificou a forma de marcação de consultas. A usuária com complicações tinha dificuldade em manter a rotina de acompanhamento com especialistas, visto que a linha telefônica da central de marcação de consultas, em geral estava ocupada e eventualmente as usuárias aguardavam na linha por vários minutos para serem atendidas, gerando custos adicionais com ligações telefônicas. A extinção das marcações presenciais ocorreu sem uma substituição de estrutura adequada da central telefônica, com capacidade para atender a demanda de consultas de seguimento com volta marcada: *"A gente tem um papel de encaminhamento e a menina marca aqui no posto e encaminha. A gente fica indo lá [no posto] para perguntar se já marcou, pois demora pra conseguir marcar"* (Usuária 2, Rede Recife).

Em ambos os municípios, a oferta insuficiente de especialistas foi destacada como a principal causa da dificuldade na regulação das vagas, resultando na demora nas avaliações com os especialistas. Como resultado da demora na regulação das vagas das consultas subsequentes, foi ressaltada a perda da validade dos exames. Essas dificuldades impediram, em alguns casos, o atendimento na atenção especializada e foram razão para desmotivar a procura por atenção.

Houve diferenças entre Recife e Caruaru quanto à frequência de **internações e acesso às emergências**. Em Recife, apenas a usuária com complicações relatou internações e crises eventuais, enquanto todas as usuárias de Caruaru relataram crises e admissões em emergências.

Em Recife, as usuárias sem complicações não relataram crises frequentes ou intercorrências relacionadas à diabetes. No entanto, a usuária com complicações passou por várias crises após a modificação na forma de marcação das consultas. A extinção do agendamento de consultas presencial através dos cuidadores, dificultou seu acesso ao serviço especializado. Para agendar a consulta, a usuária passou a ir presencialmente

ao serviço ou realizar a marcação através da central telefônica, arcando com os custos da ligação: "*Fui na emergência por conta própria e lá tirou sangue, colocou um comprimido debaixo da minha língua, porque eu estava com minha pressão alta, e aplicaram insulina na minha barriga*." (Usuária 3, Rede Recife). Em Caruaru, todas as usuárias com complicações relataram crises metabólicas, descompensações e acessos repetidos às emergências próximas a sua residência e em menor frequência as usuárias sem complicações. As principais causas das descompensações atribuídas pelas usuárias, foram a dificuldade de acessar o serviço especializado para consultas de seguimento e os conflitos familiares. Nos serviços de emergência utilizados, houve bom atendimento com alta após a estabilização.

Flexibilidade no tratamento

Em ambos os municípios, as usuárias relataram que em situações de crises ou perda de eficácia do tratamento medicamentoso, suas medicações foram ajustadas ou modificadas pelos médicos da família ou nas emergências. Em Recife, a usuária com complicações recebeu adaptações parciais ao seu tratamento durante o agravamento de uma complicação proveniente da diabetes. Teve acesso ao hospital, aos procedimentos curativos e aos especialistas para recuperação. Porém, após a crise, não conseguiu realizar as consultas de seguimento no mesmo serviço e após várias tentativas, desistiu de procurar atendimento.

Coerência do cuidado

Em Recife, apenas uma usuária relatou que a médica da família, eventualmente, discordava da conduta adotada pelo profissional da atenção especializada, no que diz respeito à modificação da medicação ou de sua dosagem. A discordância teve como causa o mal estar provocado pela nova medicação. Segundo a usuária, a médica da família recomendou o retorno à medicação anterior até nova avaliação da especialista. Em Caruaru, não foi relatada nenhuma discordância do tratamento proposto entre os médicos dos distintos níveis assistenciais.

Tabela 12-4. Continuidade da Gestão entre redes assistenciais diabetes *mellitus* do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
Fase pré-diagnóstica		
Detecção precoce	Falta de estratégia de detecção precoce; Baixa capacidade resolutiva.	Falta de estratégia de detecção precoce; Baixa capacidade resolutiva.
Apoio ao diagnóstico	Indisponibilidade de rede pública de diagnóstico; Diagnóstico tardio.	Indisponibilidade de rede pública de diagnóstico; Diagnóstico tardio.
Fase Pós-diagnóstica		
Consultas e exames de seguimento	Disponibilidade de consultas de nas USFs; Garantia de exames de seguimento.	Disponibilidade de consultas de nas USFs; Emissões de resultados demoradas - Quando urgente em clínica privada.
Acesso à medicação	Disponibilidade de medicações gratuitas para o tratamento nas USFs com poucas faltas.	Disponibilidade de medicação gratuita nas USFs, com eventuais faltas; Indisponibilidade de medicações para o tratamento na AE.
Encaminhamento à especialistas	Encaminhamentos da AB à AE com dificuldades na obtenção da vaga; Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.	Encaminhamentos da AB à AE com dificuldades na obtenção da vaga; Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	Ajustado conforme surgimento de necessidades.	Ajustado conforme surgimento de necessidades.
Coerência do cuidado		
Coesão entre condutas da AE e AB	Discordância eventual na prescrição de medicamentos.	Não foi relatada discordância.
Controle da doença	Irregularidade nas consultas com especialistas; Pouca comunicação entre AB e AE.	Irregularidade nas consultas com especialistas; Ausência de comunicação entre AB e AE.

Continuidade da informação

Transferência da informação
Em ambos os municípios foi consensual a opinião sobre a inexistência de transferência das informações entre os especialistas e os médicos da família. Em Recife, em nenhum dos casos os médicos especialistas preencheram o campo de contrarreferência presente no formulário de encaminhamento. Em Caruaru, não existia esse tipo de instrumento e da mesma maneira não havia contrarreferência. Como os especialistas não relataram formalmente a conduta adotada para os médicos da família, as usuárias e cuidadores de Recife e Caruaru, tornaram-se os responsáveis pela transferência das informações da consulta especializada aos médicos da família: *"O encaminhamento foi num papel e eu não sei de os médicos terem entrado em contato, não. E se aconteceu, não percebi. Nem mandar recado de consulta ou exame. Nunca soube que os médicos se falaram ou mandaram bilhetes*" (Usuária 2, Rede Recife).

As usuárias sem complicações relataram que achavam importante o compartilhamento das informações por escrito entre os níveis assistenciais, para apoiar os profissionais da atenção básica na tomada de decisões. As usuárias com complicações, opinaram que o compartilhamento das informações não faria diferença, pois os médicos da família, mesmo com as informações, não estariam aptos para tratá-las.

Acesso à informações sobre o tratamento
Houve similaridades nas opiniões das usuárias em Recife e Caruaru quanto ao acesso à informações sobre o tratamento. Em ambos os municípios, foram propiciadas informações às usuárias sobre a diabetes, seus principais sintomas, as formas de controlar através da adaptação, relacionada aos hábitos cotidianos como dieta alimentar, medicação e atividades físicas e das formas de avaliação do tratamento, além dos exames. As usuárias relataram que o conjunto de informações aos quais tiveram acesso foram transmitidos nas consultas na unidade de saúde, visitas de agentes comunitários de saúde (ACS) e em reuniões promovidas nas

unidades de saúde. Todas as usuárias tiveram acesso à instruções sobre como proceder em casos de emergências e sabiam quais eram unidades especializadas que deveriam acessar em situações de crise. Para elas o acesso à informações sobre a enfermidade repercutiu no esclarecimento sobre a enfermidade e sua correlação com os hábitos cotidianos, além de como evitar o agravamento da doença.

Conhecimento acumulado

Em ambos os municípios, algumas das usuárias relataram ser acompanhadas com o mesmo profissional desde o início do tratamento. Nestes casos, em ambos os níveis de atenção, havia conhecimento acumulado. Na opinião das usuárias os profissionais conheciam o histórico clínico e características pessoais de cada uma, sem a necessidade de consultar os prontuários. Nos casos em que houve alternância de profissionais, sobretudo na AE, as usuárias relataram que os profissionais às desconheciam e era necessária a repetição da história clínica a cada nova consulta.

Em ambos os municípios, observou-se que a repetição da trajetória assistencial foi causada, não apenas pela rotação dos profissionais, mas também pela pobreza de preenchimento das informações nos prontuários. Havia a necessidade da indagação às usuárias sobre suas trajetórias e condutas anteriores, tendo em vista que os prontuários não representavam fontes de informações densas, o suficiente para os médicos conhecerem as usuárias e seu contexto social e de saúde. As usuárias assumiam com naturalidade a necessidade de contar sua trajetória aos novos profissionais, principalmente na AE, pois desde quando começaram o tratamento, esta era a prática.

Durante a coleta de dados em Caruaru, detectou-se a existência de duplicidade de prontuários. Havia fichas de usuários, controladas pelo médico de família e arquivadas no consultório, separado dos prontuários da USF. Observou-se que as anotações eram diferentes das que constavam no prontuário da unidade. Esta prática tinha como objetivo evitar que as informações das usuárias fossem perdidas junto com os prontuários da unidade.

Tabela 12-5. Continuidade da Informação entre redes assistenciais diabetes *mellitus* do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Categorias	Recife	Caruaru
	Transferência de informações	
Uso de mecanismos de troca de informações	Existência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais; Pouca informação para a referência; Ausência de contrarreferência; A AE não enviou informações formais para a AB; Usuárias responsáveis pela transferência de informações, sobretudo da conduta da AE a AB.	Inexistência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais; Pouca informação para a referência; Ausência de contrarreferência. A AE não enviou informações formais para a AB; Usuárias responsáveis pela transferência de informações, sobretudo da conduta da AE a AB.
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências	Informações sobre a diabetes prestadas na AB; Existência de programas e políticas focadas para diabéticos; Informações sobre procedimentos em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.	Informações sobre a diabetes prestadas na AB; Existência de programas e políticas focadas para diabéticos; Informações sobre procedimentos em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.
	Conhecimento acumulado	
Conhecimento sobre a história e contexto das usuárias	Observado na AB entre as usuárias sem alternância do médico; Impossibilidade pela rotação de especialistas.	Observado na AB entre as usuárias sem alternância do médico; Impossibilidade pela rotação de especialistas.

Continuidade da relação

Consistência da equipe

Em ambos os municípios houve semelhanças nas opiniões sobre a consistência da equipe e seus efeitos. A alternância dos profissionais foi mais evidenciada pelas usuárias de Caruaru. Na AB, destacou a alternância de um médico da família por município. Na opinião, principalmente dos profissionais, a alternância ocorreu pela dificuldade da AB em fixar profissionais, principalmente em Caruaru. A manutenção do mesmo profissional responsável pelo atendimento foi bem avaliada por favorecer a construção do vínculo entre os profissionais e as usuárias. As usuárias que permaneceram com os mesmos médicos de família experienciaram o aprofundamento do conhecimento dos profissionais sobre suas histórias: *"É sempre a mesma médica que me atende no posto [na atenção*

especializada]. Tem um médico da catarata, tem um médico do glaucoma. O da cirurgia é a mesma coisa" (IMS, U3 DM Recife).

Na atenção especializada, foi observado que todas as usuárias de Recife e Caruaru sofreram com a alternância dos profissionais que as atenderam. As consultas eram agendadas para os especialistas com agenda disponível. Como consequência, as consultas eram pontuais e as pacientes transitórias.

Vínculo entre as usuárias e os profissionais

Em ambos os municípios, houve similaridades quanto à consolidação dos vínculos entre médicos de família e as usuárias que permaneceram com os mesmos profissionais ao longo de sua trajetória assistencial. Não foi observado o aprofundamento da relação com os profissionais da atenção especializada. As usuárias de Recife e Caruaru, que foram atendidas pelos mesmos profissionais na atenção básica, demonstraram boa relação e confiança em seus médicos. Em cada rede, as informações de duas usuárias evidenciaram que a consolidação do vínculo e da confiança com os profissionais da atenção básica não resultava apenas do longo tempo de consultas com o mesmo profissional mas, sobretudo, pelo interesse e atenção do médico com a usuária e pela segurança e confiança no tratamento que prescrevia (tabelas 12-6 e 12-12).

Tabela 12-6. Continuidade da Relação entre redes assistenciais diabetes *mellitus* do tipo 2. Recife e Caruaru, 2012

Categorias	Recife	Caruaru
	Consistência da equipe	
Identificação do médico responsável	Reconhecimento do médico de família como responsável pelo seguimento.	Reconhecimento do médico de família como responsável pelo seguimento.
	Consolidação do vínculo	
Confiança no profissional	Vínculo na AB, e nenhum na AE; Insuficiência especialista na rede.	Vínculo na AB, e nenhum na AE; Insuficiência especialista na rede.

Apenas uma das usuárias considerou que a mudança de médico foi benéfica na medida em que passou a ser atendida por uma profissional com quem mantém boa relação e comunicação, diferentemente do que ocorria com o médico anterior. Observou-se que alternância do especialista

gerava a falta de consolidação do vínculo e decorria da alta demanda e da baixa oferta de profissionais especializados.

Conclusões

Os resultados do estudo evidenciaram vários elementos que influenciam as distintas dimensões da continuidade da assistência às mulheres com câncer de mama e com as portadoras de diabetes. Em ambas as redes, foram observadas diversas barreiras à continuidade da atenção, porém mais notadamente em Caruaru.

Os problemas com continuidade da gestão do cuidado das mulheres com câncer de mama se evidenciaram nas dificuldades de acessibilidade aos distintos níveis assistenciais que aparecem, tanto na fase pré-diagnóstica, quanto na fase diagnóstica. Na primeira fase, a principal limitação imposta à atenção das usuárias foi o descumprimento das normas para o diagnóstico precoce do câncer.

Na fase seguinte, a insuficiente oferta de consultas e de exames e a falta ou as interrupções nas entregas de medicamentos gratuitos ocasionava, além de prolongados tempos de espera, o aumento dos custos com a compra de medicações e pagamento por estes procedimentos em clínicas privadas, mais notadamente em Caruaru. Adicionalmente, em ambas as redes, as longas distancias, sobretudo da atenção especializada, associada à precária oferta de transporte público em sistemas integrados, especialmente em Caruaru, incidiram também sobre o aumento dos custos com o tratamento. O conjunto destes fatores contribuiu no atraso do diagnóstico e do tratamento das mulheres. Também se observou em Caruaru a existência de resistência dos profissionais ao acesso das usuárias nas unidades de emergência gerais, motivada pela falta de preparo para o atendimento de casos de oncologia. Por outro lado, um aspecto notável foi o apoio familiar e de amigos, como também a assistência médica prestada às mulheres. Estes elementos foram fundamentais para melhorar a condição psicoafetiva das mulheres, assim como no apoio efetivo com recursos financeiros e na condução de trâmites para o tratamento.

Em relação à coerência da atenção, observaram-se pontuais discordâncias entre os profissionais na rede especializada - o que não pode ser observado em relação à atenção básica, em virtude da falta de comunicação entre estes níveis de atenção -, decorrente da fragmentação dos serviços.

No que diz respeito à continuidade da informação, a rede de Caruaru carecia de instrumentos formais de transferência de informações. Mesmo assim, as pacientes foram encaminhadas da atenção básica portando informações por escrito e solicitações de exames. Em Recife, foi utilizado o formulário específico de transferência de informações, e as mulheres foram encaminhadas ao segundo nível de atenção, adicionalmente portando solicitações de exames ou os resultados dos já realizados. Entretanto, em ambas as redes, não se observou a contrarreferência, e as informações eram prestadas pelas usuárias ou por seus familiares. Os especialistas trocam informações através dos prontuários, ligações telefônicas e conversas informais, possivelmente por trabalharem na mesma unidade de saúde.

Quanto à continuidade da relação, em ambos os municípios, o estabelecimento de vínculos das pacientes com os profissionais da atenção básica pode ser considerado pouco expressivo. A percepção de algumas usuárias era de que os médicos de família não estavam aptos para acompanhar o tratamento de câncer de mama. Possivelmente, contribuiu para essa percepção a falta de retorno das informações do nível especializado, apesar das solicitações de esclarecimentos feitos por médicos do primeiro nível de atenção. Todas as usuárias mantiveram o vínculo e tinham como referência médica seus oncologistas, possivelmente como consequência do atendimento com o mesmo profissional ao longo do tempo.

Com relação à continuidade da gestão do cuidado as mulheres portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2, a cobertura das usuárias por equipes de saúde da família não foi suficiente para evitar, em alguns casos, que o diagnóstico fosse definido tardiamente e em situações de crise, especialmente na rede de Caruaru. Do mesmo modo, não foi suficiente para assegurar a realização gratuita dos exames para a definição do diagnóstico, dos exames de seguimento e da aquisição regular de medicamentos e insumos, especialmente os prescritos na atenção especializada, com consequente aumento de gastos com o tratamento. Há insuficiente oferta de serviços que produz espera prolongada para obtenção de consultas com especialistas. No entanto, em ambos os municípios, associada à baixa capacidade de resolução das unidades de saúde, podem ter contribuído para o atraso do diagnóstico e continuidade de tratamento no serviço público, a falta de planejamento de consultas preventivas nas unidades de saúde, associadas ao baixo nível socioeconômico das usuárias.

Em relação à coerência da atenção, a discordância no tratamento entre especialista e o médico de família foi pontual.

Em Caruaru, a descontinuidade da informação estava relacionada com a inexistência de instrumentos oficiais de transferência de informações e pela limitada comunicação entre os profissionais dos distintos níveis assistenciais, sobretudo pela falta de contrarreferencia. Além disto, a falta de organização das unidades motivava os médicos a gerar um segundo prontuário com distintas informações das registradas no prontuário do arquivo geral. Em ambos os municípios, é possível que o intercâmbio de informações entre níveis seja limitado pela rotatividade dos médicos especialistas.

Em Recife, a estabilidade das equipes de atenção básica favoreceu a consolidação do vínculo entre as usuárias e os médicos de família. Ao contrário, a rotatividade e número reduzido de especialistas impediu o estabelecimento de vínculos e o acúmulo de informações sobre as usuárias e seus contextos. Finalmente, foi destacado o papel fundamental, para a maioria das usuárias, do apoio familiar, financeiro e, sobretudo, emocional, uma vez que a certeza do apoio promovia segurança e bem-estar psicoafetivo.

Tabela 12-7. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Gestão do cuidado às portadoras de câncer de mama

	Acessibilidade entre níveis	
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
	Fase pré-diagnóstica	
Detecção precoce e apoio ao diagnóstico	"Antes [do diagnóstico] eu ia quando estava com uma dor de cabeça, quando estava com um resfriado. Eu sempre ia [ao serviço de saúde]... é... tinha [informação], mas eu nunca fiz. Quando eu fiz esse, foi que eu descobri que tinha [...].""(Usuária 1, Rede Recife). "Eu fui aqui ao Posto de Saúde, aqui pertinho da minha casa, que naquela época tinha médico. A Doutora falou: "Eu vou te pedir um exame, um ultrassom."Porque, naquela época, não fazia mamografia [...]Aí, eu falei:"Doutora: passe, Eu dou um jeito e pago para fazer logo. Tinha que ter 40 [anos] para ter o direito de fazer [o exame]. Eu tinha 35 anos" (Usuária 3, Rede Caruaru).	
	Fase diagnóstica	
Acesso à AE no diagnóstico	"A dificuldade que eu tive no SUS foi essa. Foi de querer um mastologista e ele estar de férias e não ter outro no lugar. [...] só tinha um mastologista. Eu acho um absurdo. Aí, ia demorar muito [...]. Eu perguntei: "Tem outro? "– "Não tem outro"	

Continua

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
	[...].Aí, a ginecologista disse: "Você tem que ir rápido para o mastologista. Porque os seus exames não deram coisas muito boas, não." Aí, eu fiquei muito preocupada. Disse: "não vou esperar, não." (Usuária 2, Rede Recife).	
Acesso à Cirurgias	"O que facilitou operar no Hospital XXX foi que eu fiz o exame com quinze dias. Eu recebi a biopsia, não é?! Com quinze dias eu recebi. Quando eu recebi, ela já marcou a minha cirurgia, dia 3 de abril. Foi rápido." (Usuária 1, Rede Recife).	
Acesso à Quimioterapia e radioterapia	"Foi o prefeito. Não liberou a radioterapia [...] Eu disse: "E agora? "Sim. Aí, eu comecei, não é? Comecei a tomar essa injeção todinha. Aí, quando foi depois, aí, eu fiquei com a Doutora YYY, depois que Doutor XXX foi...saiu. Aí, eu passei para Doutora YYY." (Usuária 1, Rede Caruaru). "Na verdade, ela não fez, não, radioterapia. Ela ficou aguardando autorizar. Não conseguiu autorização em Recife. Aí, o tempo passou e ela não fez. Ela fez só a quimioterapia e desde então, ela faz a injeção uma vez por mês [...]." (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).	
Exames pré-operatórios e Biópsias	"Sabe [o mastologista] me encaminhou, aí pediu exame de sangue e pediu a biopsia. Paguei todos os exames [...] eu gastei uma nota. A biópsia, o exame do coração, exame de sangue, foi tudo por minha conta. Por sinal, pedi até dinheiro emprestado. Minha mãe me ajudou [...]." (Usuária 1, Rede Caruaru).	
Tratamento e Seguimento		
Acesso à Medicação	"Ela pega dipirona e outras medicações quando lá [farmácia PSF] não tem, aí a gente tenta conseguir com a farmácia central." (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife). "A pessoa já está doente com um problema sério e, acontecendo isso, minhas medicações eu tinha que comprar tudo. No Hospital XXX não me deram nada de medicação. Eu tinha que comprar tudo [...] eu peguei. Naquela época eu estava tomando cortisona, eu estava tomando outra pra cabeça, que era hidantal [...] Não é o Governo que dá essas medicações? E porque aqui, também, eles não dão? Eu acho que é porque é desviado. Eu disse: "Doutor. Lá em Caruaru eles não dão isso aqui pra gente, não."Aí, ele falou assim: "Pois isso aqui vai pra todo mundo. Todo mundo tem direito a essa medicação de graça""." (Usuária 3, Rede Caruaru).	
Coordenação da atenção	"Só que eu achava, assim, depois te ter feito a cirurgia, eu achava que ele era só cirurgião mesmo. Foi o mastologista. Fez a cirurgia. Pronto. Eu vou ficar só com a oncologista e vai dar tudo certo. Como deu, aí eu não procurei mais ele." (Usuária 2, Rede Recife).	
Encaminhamentos à AE	"Recebia encaminhamento. Cardiologista eu precisei. Marquei rápido também. Duas vezes eu fui no cardiologista lá no Hospital XXX. Agora o que demorou, que eu ainda não consegui fazer, foi um exame que ela passou de eco cardiograma." (Usuária 2, Rede Recife).	
Flexibilidade no tratamento		
Ajustes no tratamento	"Porque todas as vezes que ela [a usuária] precisou, das especialidades ela teve a assistência. A gente encaminhou para o radioterapeuta, mas o radioterapeuta demorou a ter a consulta [...], mas assim, a gente teve coisas que ela teve bem ágil.	

Continua

Acessibilidade entre níveis		
Categorias	**Recife**	**Caruaru**
	O neurologista, ele veio logo, ele providenciou logo, [...] ela tinha que ter o colete, ela teve o colete. Ela tinha que ter a fisioterapia motora, ela teve, mas também foi capengada, porque a menina [fisioterapeuta] vem uma vez, e eu acho que não pode ser só uma vez por semana." (Profissional da atenção especializada, Rede Recife).	
Coerência do Cuidado		
Coesão entre condutas	"A gente vai fazer um quadrante. Só a parte que estava sendo afetada [...]. "E ele disse que trabalhava lá [no Hospital XXX], que podia fazer particular, mas eu não tinha condições. Só que depois, outro mastologista indicou tirar toda mama e eu preferi." (Usuária 2, Rede Recife).	

Tabela 12-8. Exemplos de citações sobre a Continuidade da informação na atenção a portadoras de câncer de mama

Transferência da Informação entre níveis	
Mecanismos de transferência de informações	"De lá [atenção especializada] para cá [atenção básica] vem, não. Não, por escrito [...] que a Doutora manda? Não. Por aqui eles não mandam nada." (Usuária 1, Rede Recife). "As informações clínicas dos pacientes são compartilhadas entre os profissionais de nível superior em termos que interesse a patologia." (Profissional da atenção especializada, Rede Caruaru).
Acesso à informações sobre o tratamento	"Doutora XXX, quando eu saí da cirurgia, ela foi lá, viu. Ensinou os exercícios para gente, que a gente não deveria deixar de fazer, por conta do braço. Porque você não pode fazer muita coisa, porque pode inchar grave. E depois que incha, não tem mais jeito. Segui tudo direitinho. Eu não pegava em vassoura, não fazia movimentos repetitivos. Tudo o que ela pediu, eu não fiz [...]. Ela ensinou uns exercícios que eu fazia. Mas aí, eu não precisei de fisioterapia, não." (Usuária 2, Rede Recife).
Conhecimento acumulado	
Conhecimento sobre o contexto das usuárias	"Mas, para eles se comunicarem, tinha que vir uma do Hospital XXX também, porque ali ela já sabe, ali ela já está sabendo dos exames todinhos e da operação que eu fiz. Ali, ela já sabe de tudo. Aí, para mim, a senhora quer saber se melhorava. Melhorava muito. Não estou dizendo, se tivesse de lá que viesse de lá." (Usuária 1, Rede Recife).

Tabela 12-9. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Relação na atenção à portadoras de câncer de mama

Consistência da Equipe	
Identificação do médico responsável	"Para ser sincera, eu só fui para ele na cirurgia, no início, depois da cirurgia, e depois eu voltei lá para ele tirar os pontos e fazer a revisão da cirurgia. Eu não voltei mais para ele. Porque eu achava que só indo para a oncologista, já resolvia tudo. [...] Mas, assim, foi falta de experiência de alguém dizer: "Ô mãe, tu não

Continua

	consegues ter um mastologista, não?" Porque o certo é ser acompanhada pelos dois. Só que eu achava assim, depois te ter feito a cirurgia, eu achava que ele era só cirurgião mesmo." (Usuária 2, Rede Recife).
Vínculo entre usuárias e profissionais	
Confiança no profissional	"Antes da doutora xxx, eu me consultei com outra médica, outra oncologista. [...], mas eu gostei mais da doutora xxx. Aí, toda vez que eu ia, eu dizia que era para doutora xxx. "Mas tem muita gente para ela." Mas dá um jeitinho, eu dizia. Aí, as meninas começaram a marcar para ela." (Usuária 2, Rede Recife). "Porque ela já sabe. Eu me sinto... porque ela é minha médica e já sabe de tudo. [...] "É assim. É saber da doença, sabe? Lutar, assim, pelo paciente, para ver se o paciente se recupera"..." Usuária 1, Rede Recife).
Transferência da Informação entre níveis	
Mecanismos de transferência de informações	"De lá [atenção especializada)] para cá [atenção básica], vem não. Não por escrito [...] que a Doutora manda? Não, para aqui eles não mandam nada." (Usuária 1, Rede Recife). "As informações clínicas dos pacientes são compartilhadas entre os profissionais de nível superior em termos que interesse a patologia." (Profissional da atenção especialziada, Rede Caruaru).
Acesso à informações sobre o tratamento	"Doutora xxx, quando eu saí da cirurgia, ela foi lá, viu. Ensinou os exercícios a gente, que a gente não deveria deixar de fazer, por conta do braço. Porque você não pode fazer muita coisa, porque pode inchar grave. E depois que incha, não tem mais jeito. Segui tudo direitinho. Eu não pegava em vassoura, não fazia movimentos repetitivos. Tudo o que ela pediu, eu não fiz. [...]. Ela ensinou uns exercícios que eu fazia. Mas aí, eu não precisei de fisioterapia, não." (Usuária 2, Rede Recife).
Conhecimento acumulado	
Conhecimento sobre o contexto das usuárias	"Mas, para eles se comunicarem, tinha que vir uma do Hospital xxx também, porque ali ela já sabe, ali ela já está sabendo dos exames todinhos e da operação que eu fiz. Ali, ela já sabe de tudo. Aí, para mim a senhora quer saber se melhorava. Melhorava muito. Não estou dizendo, se tivesse de lá que viesse de lá." (Usuária 1, Rede Recife).

Tabela 12-10. Exemplos de citações sobre a Continuidade da Gestão da atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

Acessibilidade entre níveis	
Fase pré-diagnóstica	
Detecção precoce	"O diabetes eu comecei com fome, sede e urinar. Eu tinha uma fome que ninguém controlava. E eu sempre fui ao doutor aqui no posto. Eu ia, mas tomava remédio e nada. Aí, comecei a perder o peso, mas perdi o peso numa violência. Quando comecei eu estava com setenta e cinco quilos, e quando foi descoberta a diabetes, eu já estava com cinquenta [...]." (Usuária 1, Rede Recife).

Continua

Acessibilidade entre níveis	
Apoio ao diagnóstico	"Muitos exames de sangue. Foram 110 reais. Aí, eu fiz e levei o raio-x e os exames. Levei tudinho para a Doutora. Aí, ela olhou e disse: "Não. O raio-x deu bom." Doutora XXX, e os exames também para um diabético. Mas é assim. Tem gente que prefere fazer pago, porque demora muito. Demora muito, mesmo." (Usuária 2, Rede Caruaru).
Fase Pós-diagnóstica	
Consultas e exames de seguimento	"Às vezes a gente vai e não tem vaga. É muito difícil a pessoa pegar uma ficha. Tem que ir muito cedo para conseguir uma ficha na USF. Eu fiquei com um problema que eu não podia me levantar muito cedo, por conta da frieza. Ficava passando mal. Aí, eu tinha que botar minha filha para ficar lá, para pegar uma ficha. Depois, quando pegava a fichinha, que eu me alimentava. Quando eu ia para lá, eu tinha que ir sem me alimentar para fazer o teste do dedo para saber como estava. Faz o teste, aufere a pressão. Aí, eu... mas tenho grande dificuldade. Chego lá "Preciso de uma ficha para me consultar." "É. Mas não tem vaga, não tem vaga." "A Doutora estabeleceu um negócio assim: toda quarta-feira era dia para os hipertensos na parte da manhã e na parte da tarde "[...]." (Usuária 2, Rede Caruaru).
Acesso à medicação	"Eu recebo aqui a medicação todos os meses. Só se não tiver de jeito nenhum. Só se tiver faltando. Mas tem sempre medicação. Não tenho do que me queixar. Quando não têm, elas explicam "[...]"(Usuária 2, Rede Caruaru).
Encaminhamento à especialistas	"Quando chegava lá pra marcar direto, era bom. Tinha aquele dia só, quando chegava lá e marcava. Sempre marcando. Agora, é uma dificuldade. Agora, esse negócio por telefone." (Usuária 1, Rede Recife). "Marca aqui no posto e encaminha. A gente fica indo lá para perguntar se já marcou, pois demora a conseguir marcar. Eu estou precisando de um oftalmologista faz tempo. Está demorando desde setembro [4 meses de espera]." (Usuária 2, Rede Recife).
Flexibilidade no tratamento	
Ajustes no tratamento	"E disse que eu tinha que tomar remédio. Aí, passou o remédio. Eu tomava primeiro. Eu comecei tomando Clorpropramida, depois eu fui para o posto de saúde. A Doutora Silvia passou para mim esse comprimido. Aí, eu tomei uns dias. Aí, eu tomei um bocado de tempo. Aí, depois, passou para outro que é esse Glibenclamida, que ainda eu estava tomando. Aí, agora estou na Diabinese, porque eu tomo remédio muito tempo." (Usuária 2, Rede Caruaru).
Coerência do cuidado	
Coesão entre condutas da AE e AB	"É que deixa mais por fora. Das mudanças que estão acontecendo com aquele paciente que está aqui na comunidade, que a gente cuida dela também. Isso me deixa sem resposta para algumas coisas. Por que vai acrescentou um remédio. Mas porque acrescentou aquele remédio? Porque trocou o remédio? Ela se queixou de alguma coisa lá e não se queixou aqui? Fica um pouco mais difícil, por que foi mudado uma dose de insulina, é fácil para mim ver. Mas, aí, por que ele tirou um remédio e colocou outro? Ela teve alguma queixa lá que nunca se queixou aqui? Ou apresentou alguma coisa no exame que eu não tive acesso, que eu não soube aqui? Aí, fica como uma lacuna." (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Tabela 12-11. Exemplos de citações sobre a Continuidade da informação na atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

	Transferência da informação
Mecanismos de transferência de informações	"O encaminhamento foi num papel e eu não sei dos médicos terem entrado em contato, não. E se aconteceu, não percebi. Nem mandar recado de consulta ou exame. Nunca soube que os médicos se falaram ou mandaram bilhetes. [Eles se comunicarem] ajudava, sim, porque um fica sabendo o que vem acontecendo anteriormente. "O prontuário de lá do Hospital XXX ficou lá, e no posto de saúde, abriu um novo. Nem eu contei nada que passou lá. O que passou lá, passou lá. Ficou e acabou-se." (Usuária 2, Rede Recife).
Acesso à informações sobre o tratamento e intercorrências	"Explica. Ele explica. Ele diz que a pessoa fazendo regime, tomando a medicação, verificando assim que dia, quando está muito alta, ele diz que de oito em oito dias, ou dia sim dia, não quando ela já está baixa. Aí, com uns quinze dias ou um mês. Eu acho normal mesmo, porque você toma a medicação e ela baixa. Depois, tenho que fazer um regime que ele passou, onde não posso comer muitas coisas doces. Eu já uso adoçante, a manteiga sem gordura, aquele refrigerante light. Pronto. É suficiente mesmo." (Usuária 1, Rede Caruaru).
	Conhecimento Acumulado
Conhecimento do contexto das usuárias	"Desde que estou aqui, ela é sempre tratada com os mesmos profissionais. Eu acho importante ela estar com o profissional. Vai conhecendo a história dela, a doença dela, vai vendo a evolução. Acho bom. Vai criando um vínculo. Eu acho que a confiança do médico, do paciente, conhecer já aquele profissional, e seguir mais um pouco aquilo que ele fala." (Profissional do primeiro nível de atenção, Rede Recife).

Tabela 12-12. Exemplos de citações sobre a Continuidade da relação na atenção à portadoras de diabetes *mellitus* do tipo 2

	Consistência da Equipe
Estabilidade da equipe	"É sempre a mesma médica que me atende no posto. [Na atenção especializada], tem um médico da catarata, tem um médico do glaucoma. O da cirurgia é a mesma coisa. Primeiro, foi a doutora. Me recebeu muito bem. Não senti nada na cirurgia. Chorei muito porque eu disse assim, não me deixe não. Volte para fazer a cirurgia no outro olho. Eu gostei tanto da senhora,. Aí, não senti nadinha da sua mão. Aí, quando foi para fazer o outro, foi um doutor. Já não foi ela. Mas quem mudou foram eles mesmos. Não foi eu, não." (Usuária 3, Rede Recife). "Quando troquei de médico, contei minha história de novo. É normal ter de contar minha história. Como é que ele vai descobrir numa pessoa, se não conversa com ele. Não sabe de nada, não vai adivinhar. Eu acho normal." (Usuária 2, Rede Recife).
	Consolidação do vínculo entre as usuárias e os profissionais
Confiança no profissional	"Era atendida pela mesma médica. Parece a Dra. YYY. E depois foi Dra. XXX, que saiu rápido. Aí, veio essa agora. Um ano, mais ou menos, ou mais. Tem dia que tinha palestra que ela fazia. Uns três meses, numa quarta-feira, que a paciente dela podia ir assistir a palestra. A responsável pelo meu acompanhamento é a Dra. ZZZ. Eu acho uma maravilha o tratamento dela. É bom. Ela atende bem o paciente e ela se preocupa com o paciente. Eu só vou a ela. Só vou nela. As informações que ela me dá são muito boas. É para o bem do paciente. E eu compreendo a palestra dela é clara." (Usuária 2, Rede Recife).

IV. Conclusiones y recomendaciones

Barreras y oportunidades para la contribución de las redes integradas de servicios de salud al acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil

María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo,
Amparo Susana Mogollón-Pérez,
Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger
y Pierre de Paepe

Este estudio se centra en el análisis de las redes integradas de servicios de salud, una de las estrategias más promovidas para responder a la fragmentación de los sistemas de salud en Latinoamérica, y de esta manera contribuir a mejorar la calidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud. A pesar del creciente interés en este tipo de experiencias, su evaluación en la región es escasa (Herrera Vázquez et al., 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2010). La principal contribución del estudio consiste en mejorar el conocimiento sobre este fenómeno en dos países de la región, Colombia y Brasil, que han promovido tipos de redes diferentes de acuerdo con la organización de sus sistemas de salud.

El diseño de estudio adoptado —estudio de casos— permite proveer información sobre la implementación de las redes integradas de servicios de salud, sin pretender generalizar los resultados desde una muestra estadísticamente representativa, sino del proceso de generación de ideas desde las especificidades de algunos casos (Gilson, 2012). La utilización de múltiples fuentes de evidencia basadas en distintos métodos, fuentes

de información, informantes y contextos da lugar a una evidencia sólida y mejor comprensión sobre el fenómeno de estudio.

Además, se trata de un estudio comparativo trasnacional que permite extraer conclusiones sobre los elementos que influyen en la implantación de las redes en sistemas de salud con modelos organizativos distintos.

El tipo de redes diseñada en cada país es diferente, según el modelo organizativo de su sistema de salud. En Colombia, se identifican dos tipos: las redes organizadas por las aseguradoras (EPS) para sus afiliados tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo —redes basadas en la afiliación voluntaria— y las redes organizadas por las entidades territoriales para atender la población vinculada —redes basadas en la afiliación geográfica—. En Brasil, se configuran redes geográficas de ámbito supramunicipal. El análisis de las políticas revela la falta de definición de algunos elementos importantes en la configuración de las redes en ambos países, pero especialmente en Colombia, lo que podría influir en el desempeño de las redes analizadas. Entre ellos destaca la indeterminación en los contenidos específicos de la función de articulación o coordinación de las entidades que organizan las redes, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, la amplitud, el modelo organizativo y los mecanismos de coordinación que deben implementar.

Los resultados del estudio muestran un pobre desempeño de las redes de servicios de salud analizadas en Colombia y Brasil, en relación con sus resultados intermedios (acceso a la atención, coordinación y continuidad asistencial entre niveles de atención) y final (calidad de la atención). Estos resultados vienen determinados no solo por factores relacionados con la estructura y organización de las redes, sino también con características de los sistemas de salud que se reflejan en el diseño de las redes en las políticas y que influyen en la configuración de las redes.

A continuación, se presentan las conclusiones más relevantes de la investigación en relación con los resultados presentados en este libro, de forma comparativa entre ambos países.

El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud

Los resultados sobre el acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud analizadas tanto en Colombia como en Brasil reflejan

la existencia de múltiples barreras de acceso para la población, principalmente en lo que compete a la atención especializada, encontrando elementos diferenciadores en cuanto a los factores que las originan. Para el caso colombiano, las barreras se relacionan de manera primordial con el diseño de algunas políticas de aseguramiento y la adopción del modelo de competencia gestionada, así como con la existencia de problemas estructurales y de tipo organizativo en los prestadores de servicios de salud. Por su parte, en Brasil, se destacan los déficits en la financiación de los servicios, las fallas en la implementación de las políticas de descentralización y en gestión de las redes, lo que, unido al déficit en los recursos para la atención y los problemas organizativos a nivel de los prestadores de servicios de salud, llevan a una oferta insuficiente, sobre todo, en el ámbito especializado.

Entre los factores relacionados con el sistema de salud, emergió en ambos países la manera como las políticas adoptadas determinan el acceso a la atención primaria y especializada. Para el caso colombiano, el modelo de aseguramiento implementado tras la reforma al sistema de salud en 1993, que pretendía la universalidad en la atención, generó múltiples barreras de acceso, derivadas, entre otros aspectos, de los límites en los planes de beneficios, que afectan en mayor medida a la población del régimen subsidiado y que ha sido descrita por otros estudios como determinante del uso efectivo de los servicios de salud en el país (Hernández, 2002; Hernández y Vega, 2001). Aunque para el momento de finalización del estudio se encontraba en proceso la equiparación de los planes de beneficios de los dos regímenes, tras la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, persistían barreras en el acceso a los servicios de salud, como la exclusión de prestaciones (medicamentos, procedimientos), el proceso progresivo en cuanto a su implementación por grupos poblacionales (menores de edad, mujer, adultos, etc.) y la persistencia de indefiniciones, que continúan reflejando las inequidades entre el régimen subsidiado y el contributivo. Un segundo elemento se refiere a la fragmentación de la cobertura de los beneficios del POS por niveles asistenciales, que restringe las competencias del médico general para la prescripción de procedimientos e intervenciones que están limitados para los niveles de baja complejidad, lo que le exige derivar a la atención especializada y al paciente, superar los obstáculos existentes para acceder a ella.

Otros elementos inherentes al sistema de salud lo constituyen los copagos y cuotas moderadoras, diseñados con el objetivo de regular la utilización de los servicios de salud. Aunque este factor pareciera tener mayor relevancia para la población de las redes subsidiadas cuando deben asumir el pago de cuotas de recuperación para los eventos no POS y los copagos de las consultas para quienes poseen subsidios parciales, al ser proporcionalmente mayores, también la tiene para la población de las redes contributivas que devengan menores ingresos, quienes igualmente pueden ver restringida la utilización de los servicios de salud por esta causa.

En cuanto a la afiliación a una aseguradora (EPS), en las redes subsidiadas, se evidencia un inadecuado proceso de identificación y selección de los potenciales beneficiarios, con errores de inclusión y exclusión, así como problemas en la actualización de las bases de datos de afiliados, con la ausencia de registro como afiliado o, por el contrario, encontrarse en condición de multiafiliación, circunstancias que, si bien pueden favorecer a la aseguradora (EPS) al recibir la correspondiente unidad de pago por capitación, generan un impacto directo sobre la población pobre y vulnerable al impedir su acceso efectivo a la atención en de salud, y que conlleva que, en muchos casos, el paciente deba asumir un gasto de bolsillo para el logro de la atención o enfrentarse a las consecuencias del deterioro de su cuadro clínico (Marín y Chávez, 2014).

Coincidiendo con otros autores (Hernández, 2002; Yepes et al., 2010), en las redes colombianas se señala la manera como la adopción de un modelo de mercado y de competencia en el aseguramiento y en la prestación de servicios ha privilegiado la racionalidad económica y la búsqueda de beneficios, por parte de las aseguradoras, con el consiguiente diseño de estrategias de control de la atención y la compra fragmentada de servicios. Como consecuencia, se presentan dos situaciones: de una parte, se generan múltiples barreras a lo largo del continuo asistencial y, de otra, se impacta de manera directa en la calidad de la atención (Vargas et al., 2010; Hernández, 2002). Dentro de las estrategias adoptadas para el control de la atención, se enuncian como las más significativas la inadecuada interpretación de las prestaciones POS y no POS, el exceso de trámites y los problemas para la autorización de los servicios —tanto en tiempo como frente a la definición del prestador— y la existencia de límites hacia la práctica clínica, que generan dificultades para la confirmación

diagnóstica, el inicio oportuno de un tratamiento y la continuidad de la atención. La existencia de estas barreras administrativas ha obligado a los pacientes a utilizar recursos jurídicos, como las acciones de tutela, como alternativa para el logro de la atención (Rodríguez et al., 2015). En relación con el modelo de compra de servicios, se evidencia en las redes contributivas la contratación con sus propios prestadores y, en el caso de la contratación con proveedores externos, tanto en redes contributivas como subsidiadas, la imposición de criterios tarifarios que conllevan corta duración de los contratos con cambio permanente de proveedores, así como compra fragmentada de servicios a distintos proveedores para un mismo proceso asistencial y, en muchos casos, con proveedores ubicados fuera del ámbito geográfico, también descrita por otros autores (Garcés-Palacio et al., 2014; Vargas et al., 2010). Estrategias que se han intentado controlar normativamente (Congreso de la República, 2007), pero siguen siendo utilizadas por las aseguradoras.

La generación de incentivos por la competencia no solo se da a nivel de aseguradoras (EPS), sino también de los prestadores de servicios, quienes han diseñado estrategias para favorecer su rentabilidad económica y estabilidad financiera en el largo plazo. Dentro de las prácticas más frecuentes, se encuentra la competencia tarifaria para la obtención de contratos con las aseguradoras, que han propiciado, en el caso de los prestadores de naturaleza pública, la superposición de funciones entre niveles asistenciales y el diseño de mecanismos orientados a la productividad y la reducción de costos acorde con el tipo de contrato negociado con el asegurador, lo que motiva, como ocurre en el caso de la capitación, a restringir la utilización de los servicios y a proveer un menor número de procedimientos para el paciente.

En Brasil, aunque el Sistema Único de Salud (SUS) promovió desde sus inicios la cobertura universal, la equidad en el acceso y la integralidad en la atención (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), los problemas de financiación insuficiente surgen como una de las principales barreras para el acceso a los servicios de salud en las redes estudiadas. Si bien la financiación procede del recaudo de impuestos generales y de recursos aportados por los distintos niveles de gobierno (con mayor participación del gobierno federal), y existe el compromiso de destinar un mínimo de su presupuesto al gasto en salud, emerge que el gasto federal

y estadual destinado a la salud no es suficiente. Los déficits de financiación, impiden cubrir los gastos que generan las USF en los municipios, limita la ampliación de la cobertura del Programa de Salud a la Familia (PSF), la expansión de la oferta de servicios y el desarrollo de programas a nivel municipal. En el caso de la atención especializada, emergen las restricciones en el presupuesto de inversión para los hospitales públicos, que les impide efectuar mejoras de infraestructura y disponer de recursos, principalmente a nivel de equipos diagnósticos de mayor complejidad. La insuficiente financiación de los servicios de salud se atribuye a que, durante algunos períodos, algunas esferas de gobierno no han aplicado el porcentaje de contribución mínimo establecido por la Enmienda Constitucional 29 (Piola et al., 2012). Como consecuencia los municipios terminan completando el presupuesto recibido para ofrecer la atención (Saliba et al., 2009).

La descentralización de la gestión de los servicios de salud del SUS con la división de responsabilidades entre los Estados y municipios (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988) y mayor participación de estos últimos en la gestión de los servicios de salud generó problemas con la organización funcional del sistema. De una parte, se señala la inadecuada organización de las redes, que se atribuye a la limitada coordinación entre los distintos niveles de gobierno que participan en la planificación de la oferta de servicios y la financiación de las redes. En este sentido, al no estar claramente definidas las responsabilidades entre los distintos actores (Vargas et al., 2014), no se garantiza la financiación y tampoco la oferta de algunos servicios, principalmente los de alto costo, en algunos municipios, con la consecuentes dificultades para el acceso a una atención adecuada de la población. En segundo lugar, se señala la insuficiente supervisión y evaluación por parte de los gestores municipales y estaduales de los contratos con proveedores privados que proporcionan servicios especializados, y que, según la opinión de diversos entrevistados, limitan la oferta de los servicios menos lucrativos y, además, priorizan la atención de usuarios procedentes de los seguros privados, generando un incremento en los tiempos de espera para los usuarios del SUS. Tales situaciones denotan, por un lado, las dificultades en la articulación de competencias en procesos descentralizados, junto a un pobre ejercicio de rectoría de los gestores estaduales y municipales, para garantizar el

cumplimiento de los compromisos de prestación de servicios acordados; y, de otra, la debilidad de los municipios en la planificación y gestión de los servicios de salud, particularmente en lo que compete a procesos de contratación y monitoreo de resultados (Vargas et al., 2016).

En los dos países se identifican *factores estructurales y organizativos de las redes de servicios de salud* que determinan el acceso a la atención. A nivel estructural, tanto en Brasil como en las redes subsidiadas de Colombia se señalan déficits de infraestructura, recurso humano e insumos para la atención en los centros de I nivel ubicados en las zonas marginales y más distantes de las áreas de estudio. En el ámbito especializado, en los dos países emerge el déficit en la oferta de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios: en número de profesionales, recursos tecnológicos para los procedimientos médicos y pruebas diagnósticas y medicamentos, que afectan en mayor medida a la población de menores ingresos, dado que son los hospitales públicos quienes tienen los mayores déficits de recursos y quienes deben garantizan su atención a estos colectivos. De igual manera, se evidencia tiempos de espera largos con interrupción de los tratamientos y un aumento en la utilización de los servicios de urgencias como alternativa a la falta de acceso a la atención especializada. Esta situación es atribuida en Brasil al déficit de financiación y a los problemas de gestión de algunos municipios. En el caso colombiano, además de las barreras de acceso impuestas por las aseguradoras (EPS), los problemas descritos de los prestadores de servicios de salud reflejan la crisis por la que atraviesan las empresas sociales del Estado, que, al no contar con los recursos presupuestales suficientes como consecuencia de la transformación de los subsidios de la oferta a la demanda, las demoras en los pagos y la corrupción, entre otros problemas (Yepes et al., 2010; Echeverri, 2008), no pueden competir en igualdad de condiciones con las IPS privadas, con mejor infraestructura y recursos tecnológicos y con quienes las aseguradoras prefieren contratar los servicios. Tal situación pone en riesgo su sostenibilidad en el largo plazo y, además, cuestiona la importancia conferida por el Estado al fortalecimiento de las redes públicas y al control de los impactos negativos del modelo de competencia gestionada.

En Brasil, el SUS presta los servicios de salud en redes públicas, así como contratando proveedores privados (Becerril, 2011). La mayoría de procedimientos diagnósticos y la atención hospitalaria se brinda en

instituciones privadas, donde la oferta de servicios supera a la del sector público, posiblemente debido a los problemas de infraestructura como consecuencia del déficit de recursos tecnológicos y de insumos de las instituciones de media y alta complejidad pertenecientes al sector público, ligado a una financiación insuficiente.

El crecimiento de la oferta privada de servicios de salud en áreas donde la oferta pública es insuficiente (Becerril, 2011) podría conllevar una tendencia semejante a lo ocurrido en Colombia, es decir, a que se aumente la participación de este sector en la prestación de los servicios de salud en el sistema financiado con recursos públicos, que favorece que parte de la financiación vaya al lucro para el privado y el debilitamiento de lo público.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, en las redes colombianas se describen problemas tanto para el I nivel como para la atención especializada, con distintos factores determinantes. En primer lugar, la limitada oferta de servicios en las áreas marginales, especialmente para las redes subsidiadas, es producto de la concentración de instituciones de apoyo diagnóstico y atención resolutiva en las zonas de mayor desarrollo económico (Universidad Nacional, 2012), en detrimento de una oferta accesible para la población más pobre de las áreas de estudio. Además, también son consecuencia de los modelos de compra establecidos por las aseguradoras, quienes, al privilegiar su rentabilidad económica, fragmentan los procesos de atención en diversos proveedores, como también describe Echeverry (2011) y obligan al paciente a desplazarse a diversos lugares de la ciudad. Esta situación además potencializa otras barreras de acceso a los servicios de salud en la medida en que incrementan los gastos asociados al pago de transporte y el número de trámites para la obtención del servicio, lo que en muchos casos desincentiva la continuidad de la atención.

En Brasil, emergieron diferencias sobre la accesibilidad geográfica entre los centros del I nivel y de atención especializada. En general, se considera que los centros de I nivel cumplen los criterios de georreferenciación y el desarrollo de acciones domiciliarias del PSF en las zonas marginales. No obstante, se señala la inadecuada ubicación en el territorio de algunas unidades de salud de la familia, lo que conlleva dificultades para el acceso de los usuarios por condiciones topográficas del terreno, principalmente en las ubicadas en las zonas marginales de las áreas de estudio, demostrando las restricciones que existen para la implantación

del modelo de territorialización de la APS (Da Silva, 2011). En lo que compete a la atención especializada, las principales barreras para la población residente en Caruarú y Recife se refieren a las largas distancias que deben recorrer para llegar a los hospitales de referencia y la baja disponibilidad de transporte público existente.

En cuanto a los factores organizativos, en las redes de los dos países se enuncian dificultades con los mecanismos de solicitud de citas y los tiempos de espera para la atención. En Brasil, se señalaron problemas en las unidades básicas de salud, atribuidos a la restricción en el número de días o de franjas horarias, así como a la existencia de filas para llevar a cabo el proceso, que conllevan un incremento de los tiempos de espera para la atención y la búsqueda de servicios en la atención especializada como alternativa para obtener respuesta a sus necesidades de atención (Oliveira y Veira, 2010). En Colombia, se identificaron problemáticas similares en relación con los mecanismos presenciales, siendo más difícil el proceso de obtención de citas a nivel especializado. Aunque en las redes de estudio de ambos países se han creado *call centers,* se denotan problemas para la obtención de una comunicación efectiva, lo que implica en muchos casos que el usuario brasilero deba retornar a las unidades de salud para solicitar el respectivo agendamiento, y en el caso colombiano, a que se incurra en nuevos desplazamientos y trámites para la atención, principalmente cuando se genera vencimiento de la autorización o la aseguradora ha finalizado el contrato con el prestador.

En ambos países se destacan los largos tiempos de espera para la atención, primordialmente para la atención especializada, atribuidos en gran medida al déficit de especialistas y a la insuficiencia de recursos tecnológicos para la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, que en el caso colombiano resulta más crítico en las redes subsidiadas, en especial cuando el paciente requiere la realización de un procedimiento considerado de alto costo.

Finalmente, en cuanto a los *factores relacionados con la población*, emerge la falta de recursos económicos como la principal barrera que incide en el acceso a los servicios de salud tanto en Colombia como en Brasil y que ha sido descrita en estudios previos (Vargas, 2009; Vásquez y Velandia, 2003; Mishima, 2010; Rodríguez, 2010). Aunque en las redes contributivas de Colombia el bajo nivel de ingreso se presenta con menor

intensidad, aparecen otras limitantes, como la dificultad para la obtención de permisos laborales y la falta de apoyo familiar, principalmente en el caso del adulto mayor o las personas con discapacidad, lo que les impide la realización de trámites y la asistencia a consultas programadas. Así mismo, el desconocimiento de los derechos y del uso adecuado de los servicios fue señalado como otra barrera en ambos países. En Colombia, se visualizan dos tendencias: de una parte, el personal de salud lo atribuye al bajo nivel sociocultural de los usuarios, en tanto que estos consideran que la información proporcionada por los servicios y, en el caso particular de las aseguradoras (EPS), resulta insuficiente, lo que denotaría un interés por restringir el uso de los servicios de salud. En Brasil, pese a que se destacan fallas en la información proporcionada por los prestadores de servicios, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, pareciera que existe un mejor conocimiento de la población en relación con el sistema. Por último, en los dos países la alta utilización de los servicios de urgencias por parte de la población, según los prestadores de servicios y evidenciada en la encuesta (García-Subirats et al., 2014), podría estar relacionada con la búsqueda de mejores respuestas a sus necesidades de atención en salud o como estrategia para superar las numerosas barreras que les impiden acceder a la atención.

La coordinación de la atención entre niveles en las redes de servicios de salud y los factores que influyen, según los actores involucrados

Los resultados de las redes de ambos países señalan una limitada coordinación entre niveles de atención —excepto en centros muy específicos de atención ambulatoria de las redes del régimen contributivo en Colombia—, que en las redes colombianas refieren principalmente a la falta de coordinación de información y, en Brasil, además, a deficiencias en la coordinación del acceso de los pacientes y en la coordinación de la gestión clínica. Esta diferencia podría estar relacionada con la mayor presencia de barreras de acceso y baja calidad del I nivel de atención en Brasil (Garcia-Subirats et al., 2014).

Se encuentran importantes diferencias en los factores que influyen en la coordinación entre niveles de atención, relacionados, en primer lugar, con las características de los sistemas de salud, que, a su vez, influyen

sobre los relativos a la organización de los servicios y los profesionales, que se interrelacionan entre sí.

Entre los factores relacionados con las características de los sistemas de salud, destaca en ambos países la existencia de desincentivos económicos a la coordinación de la atención. En Colombia, se deben a la búsqueda del beneficio económico inherente al modelo de competencia gestionada, que lleva a las aseguradoras a establecer con los prestadores de salud contratos a corto plazo y una compra fragmentada de servicios, y a los proveedores a competir entre sí. Además, en las redes subsidiadas, la coordinación de la gestión clínica se dificulta por la fragmentación del paquete de beneficios (POS-S) que está bajo la responsabilidad de distintas entidades, la aseguradora (servicios POS-S) y la Secretaría de Salud (no POS-S).

En Brasil, la descentralización del sistema de salud, junto con mecanismos de asignación de recursos basados en producción, y el poco uso de mecanismos de contratación y control, genera fuertes incentivos para competir por los recursos y no proveer los servicios de atención como se planificaron en la red, tanto para proveedores públicos como para los privados contratados. A esto se añade la insuficiente capacidad técnica de los municipios para desarrollar sus competencias en la organización de la red, lo que cuestiona la conveniencia de descentralizar funciones tan complejas a los municipios, especialmente los pequeños. Esto se potencia con la interferencia de intereses de políticos partidarios en los diferentes niveles de gobierno, que se traducen en inversiones con fines electorales, con desarrollo paralelo de redes de servicios.

Por lo tanto, ambos países poseen características en sus sistemas de salud que no favorecen la configuración de redes orientadas a la coordinación entre los prestadores que la conforman.

Entre los *factores organizativos que influyen en la coordinación entre niveles de atención en las redes de servicios* en ambos países, destacan, en primer lugar, las condiciones laborales, factor que no se suele considerar en los estudios internacionales sobre coordinación (Mc Donald et al., 2007; Ovretveit, 2011). Por un lado, los modelos de contratación con contrato indefinido/tiempo completo la favorecen, mientras que los contratos parciales y/o temporales, cada vez más extendidos de acuerdo con las corrientes dominantes, conducen a la elevada rotación de personal y su desmotivación, dificultando el uso de mecanismos de coordinación.

Estos resultados también son descritos en Brasil como causa de la falta de registro de información en la contrarreferencia por parte de los especialistas por otros autores (Harris, 2007). Un segundo factor importante es el insuficiente tiempo disponible para el uso de los mecanismos de coordinación, con diferentes causas según el país y que se relaciona con el modelo de sistema de salud. En Brasil, se atribuye a la carga de trabajo por la insuficiencia de recursos humanos, agudizada por el incumplimiento del horario laboral debido al pluriempleo. Mientras en Colombia, a los incentivos para reducir el tiempo por consulta médica, por la remuneración por producción de los profesionales. Finalmente, en algunas de las redes subsidiadas en Colombia y en Brasil se señala el pago por servicio a los profesionales como obstáculo para la coordinación de la gestión clínica, por disuadir a los especialistas de contrarreferir a pacientes para mantener ingresos, coincidiendo con otros estudios (Ham y Smith, 2010; Yau et al., 2011).

A pesar de que las políticas de salud de ambos países (Ministério de Saúde, 2006a; República de Colombia, 2011d), en consonancia con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (2009), promueven la creación de redes en torno al I nivel, que actúa como coordinador de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial, los resultados muestran una capacitación inapropiada de los profesionales para desarrollar este papel, dificultando su implantación. Este factor, principalmente referido a la inadecuada formación universitaria y educación continuada, por un lado, contribuye al débil ejercicio del rol de responsable de la atención por parte de los médicos del I nivel, y, por otro, a la limitada predisposición de los especialistas a colaborar por el desconocimiento y poco valor y confianza que conceden al I nivel.

Muy limitadamente emerge la presencia de mecanismos de coordinación como factor facilitador de la coordinación, principalmente en los centros de atención ambulatoria de las redes contributivas en Colombia, donde han implementado una mayor variedad de mecanismos de coordinación de la gestión clínica (historia clínica compartida, sistema de experto y guías de práctica clínica). Así mismo, en estos centros, la existencia del I nivel y atención especializada en un mismo centro favorece su coordinación en la gestión clínica, según los administradores porque facilita la implementación de mecanismos de coordinación, y, según

los profesionales, porque favorece la comunicación informal, el trabajo en equipo, los vínculos y la comprensión mutua. Este tipo de modelo de organización de los servicios podría resultar ineficiente sin una planificación adecuada que tenga en cuenta el tamaño de población necesario para que se mantengan las economías de escala, y si los especialistas no actúan como expertos, ayudando a mejorar la capacidad resolutiva de los médicos del I nivel, lo que no parece darse en los casos analizados, que son los que han desarrollado más extensamente las estrategias de sistema experto.

Aunque con diferencias entre países y redes, los resultados muestran el predominio de las dificultades percibidas principalmente por los profesionales en el uso de los mecanismos existentes, con consecuencias importantes para la atención de los pacientes.

Los mecanismos de coordinación más conocidos y utilizados en la transición del paciente entre el I nivel y la atención especializada son los relativos a la transferencia de información clínica y, entre ellos, en las redes de ambos países, el formato de referencia y contrarreferencia, con numerosas dificultades en su uso. En todas las redes, aunque con más intensidad en las brasileñas, emerge la insuficiencia de registro en la referencia y el no uso del formato por parte del especialista, problema también señalado por otros estudios en países tanto de renta alta (Gandhi et al., 2000; Grol et al., 2003; Lin, 2012; Mehrotra et al., 2011; Ovretveit, 2011) como de renta media y baja (Harris et al., 2007; Omaha et al., 1998). Aunque menos utilizado, en ambos países la transferencia de información y la regularidad en los informes de alta hospitalaria es mejor, pese a que en las redes de Brasil consideran que la información es incompleta, con excepciones. En Colombia, en las redes contributivas, destaca la disponibilidad de la información clínica para ambos niveles asistenciales en la historia clínica compartida, con ciertas limitaciones: no contiene información sobre atención hospitalaria o de algunos especialistas y el insuficiente registro de información. En ambos países, se utiliza al paciente para obtener información sobre sus antecedentes médicos. Coincidiendo con la literatura, los informantes señalan los costes que supone la inadecuada transferencia de información entre niveles —derivaciones y hospitalizaciones evitables, y duplicación de pruebas—, así como el impacto en la calidad de la atención y salud de los pacientes, asociado al

retraso en el diagnóstico e interrupción del tratamiento y seguimiento inadecuado (Lin, 2012; Mehrotra et al., 2011; Ovretveit, 2011).

A pesar de que la coordinación de la gestión clínica es central en la coordinación de la atención, los resultados muestran poco desarrollo de mecanismos de este tipo, con algunas excepciones.

Entre los mecanismos para la coordinación de la gestión clínica, únicamente se describen el sistema de experto presente en los centros de atención ambulatoria de las redes contributivas de Colombia y en una de las redes en Brasil en fase inicial de implementación y las guías de práctica clínica, utilizadas por los centros ambulatorios, así como por los proveedores públicos de las redes subsidiadas, pero para procesos específicos. El sistema experto basado en el desarrollo de capacidades es especialmente valorado por las profesionales de las redes que lo han implantado no solo para mejorar la capacidad resolutiva del I nivel de atención y la adecuación de la derivación, sino porque son espacios que favorecen la comunicación entre profesionales, coincidiendo con otros estudios (Henao et al., 2009). En las redes contributivas de Colombia, existen grupos de especialistas para el apoyo a los médicos generales mediante sesiones clínicas mensuales o semanales para revisión de casos, consultas conjuntas y asesoramiento en persona o por teléfono, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica del I nivel y evitar referencias y pruebas diagnósticas innecesarias. No obstante, solo funciona para la red propia de la aseguradora, de modo que ciertas especialidades quedan excluidas. Se destaca la importancia de la *GPC* para la coordinación entre los profesionales mediante la orientación clínica y la definición de los criterios para la referencia de pacientes a los diferentes servicios, así como las dificultades en su uso, como la falta de tiempo para su consulta, y el limitado conocimiento de su existencia. Estos mecanismos se introducen de forma aislada, sin formar parte de estrategias de gestión compartida que comprendan su utilización simultánea y la planificación individual de la atención del paciente, lo que, según la literatura, disminuye la efectividad de las intervenciones (Chen et al., 2000; Ovretveit, 2011; Shortell et al., 1996; Wagner, 1996b).

En todas las redes analizadas existen centrales de referencia (de regulación) como mecanismo para la coordinación administrativa entre niveles del acceso de los pacientes. En las redes colombianas, coordinan

la referencia de pacientes para la atención urgente, ingreso hospitalario o traslados, mientras que, en Brasil, el acceso a cualquier nivel de atención de la red. Los resultados del estudio ponen de manifiesto problemas en el funcionamiento de estas centrales, especialmente en las redes de Brasil analizadas. También evidencian que las dificultades, además de relacionarse con el instrumento, se asocian con otros elementos del sistema de salud, como las barreras estructurales de acceso a los servicios de salud y la fragmentación del modelo descentralizado. El primero contribuye a que las centrales de referencia no consigan derivar los pacientes al lugar y en el tiempo adecuado por la insuficiencia de la oferta de servicios disponible; y el segundo, a la existencia de múltiples actores (estatales, municipales) con incentivos para competir por los recursos, en lugar de colaborar entre sí (Vargas et al., 2015) para coordinar las diversas centrales de referencia que gestionan en la red. El uso frecuente de la red informal basada en contactos personales y de la influencia política para conseguir acceder a los servicios de salud no resulta una alternativa deseable al mecanismo institucional, tal y como indica la mayoría de los informantes, por las graves consecuencias que conlleva para la equidad de acceso del sistema de salud.

Desempeño de las redes de servicios de salud

En este estudio se ha llevado a cabo la evaluación del desempeño de las redes de servicios de salud de Colombia y Brasil, mediante el análisis de la atención de dos enfermedades trazadoras, la diabetes y el cáncer de mama. La atención adecuada de estas dos patologías requiere aspectos distintos: la diabetes precisa coordinación del seguimiento del paciente por parte del I nivel de atención (Drabik et al., 2012), mientras que la atención al cáncer de mama necesita buen acceso al I nivel, referencia rápida al nivel especializado y coordinación adecuada dentro de ese nivel entre especialistas, y de exámenes, como mamografía y anatomopatología. El análisis conjunto proporciona una imagen del funcionamiento global de la red.

Se analizaron alrededor de 50 casos de diabetes y cáncer de mama en las redes seleccionadas. Es un número pequeño pero suficiente para encontrar diferencias significativas. El trabajo para revisar las historias clínicas en todos los niveles y todas las especialidades fue enorme, particularmente en Bogotá, donde las aseguradoras contratan múltiples

proveedores. Pero gracias a ese trabajo se dispone de datos fidedignos de desempeño en diabetes y cáncer de mama, datos no disponibles hasta la fecha en los dos países.

En todas las redes estudiadas, el análisis de los indicadores muestra problemas de acceso para las pacientes con cáncer de mama: detección tardía en el régimen subsidiado en Bogotá y largas demoras para el tratamiento, particularmente en la red de Recife y el régimen subsidiado en Bogotá, y también, aunque en menor medida, en el régimen contributivo. La detección tardía de esta patología fue constatada también en otra investigación en Brasil (Goss et al., 2013) y para mujeres del régimen subsidiado en Colombia (Velásquez-De Charry et al., 2009), mientras que un estudio reciente en Brasil también encontró demoras largas entre diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento (Maia et al., 2006). Estos problemas indican la existencia de barreras de acceso a lo largo del continuo asistencial, y en la coordinación entre el I nivel y el especializado e intranivel especializado.

En relación con los pacientes diabéticos, en las redes de ambos países, las consultas realizadas en el I nivel de atención a los pacientes diabéticos son pocas e insuficientes para cumplir con las normas establecidas para el control de diabetes (en Recife, apenas 1,3 consultas por año de los pacientes diabéticos) y casi no hubo consultas de enfermería. Estos resultados cuestionan el desempeño del I nivel en el control de la atención del paciente. Así mismo, en ambos países, y coincidiendo con otro estudio (Martínez, 2013), se llevan a cabo pocas consultas con el especialista, sobre todo en el régimen subsidiado de Colombia y la red de Recife (0,35 consultas de especialista por año por paciente diabético), lo que podría indicar importantes barreras de acceso a este nivel, así como el limitado papel del I nivel como coordinador de la atención. En Brasil, el SUS sufre de una escasez de especialistas, por un lado, porque se forman demasiado pocos; por otro lado, porque las condiciones laborales en el sector privado a veces son más atractivas. En Colombia, las aseguradoras (EPS) contratan especialistas que pueden trabajar en otra parte de la ciudad de Bogotá, lo cual dificulta el acceso para los pacientes, especialmente para los del régimen subsidiado, que disponen de pocos recursos para su desplazamiento. Y en Colombia también algunas especialidades médicas escasean.

En todas las redes analizadas, los resultados del control de la diabetes, medidos a través de los tres indicadores principales —hemoglobina glicosilada, presión arterial, colesterol— fueron inferiores a los estándares de calidad establecidos, coincidiendo con otros estudios en Colombia y Brasil que también señalan problemas en el control metabólico de los pacientes diabéticos (Fontbonne et al., 2013; Gomes et al., 2009; Machado-Alba et al., 2009; Mendes et al, 2010).

Un hallazgo preocupante en las redes analizadas y para las dos enfermedades trazadoras fue la inexistencia de contrarreferencia de información por parte de los especialistas hacia el I nivel de atención, con consecuencias importantes para al seguimiento del paciente por los equipos de salud del I nivel de atención, particularmente en el caso de la diabetes. Por un lado, hay negligencia de los especialistas, y, por otro lado, se ha detectado desconfianza de los especialistas con respecto a la capacidad de los médicos de I nivel para controlar al paciente diabético.

Los resultados muestran problemas de acceso y oportunidad en la atención del cáncer de mama, y la baja calidad en la atención de los pacientes diabéticos, con diversas implicaciones para la salud de los pacientes: para las mujeres con cáncer de mama, menor cantidad de casos curados y mayor mortalidad, así como el sufrimiento añadido por los elevados tiempos de espera, para diagnóstico y tratamiento; y para los pacientes diabéticos, la posible presencia de una mayor cantidad de complicaciones evitables (insuficiencia renal, retinopatía, amputaciones de pie, etc.).

Es interesante mencionar que experiencias con pacientes diabéticos en otros países enfatizan el papel de las enfermeras en la coordinación de la atención, y la importancia de un especialista que coordine la atención de los crónicos entre niveles de atención, como también del esfuerzo para armonizar la provisión de salud, el trabajo social y el soporte informático para asegurar una atención 'holística' (Rigby et al., 2013). Estos elementos se encontraron poco presentes en Colombia y Brasil, con la excepción de la Red 3-C, donde enfermería se involucra en la atención a los pacientes diabéticos.

Finalmente, el estudio reveló importantes limitaciones en los sistemas de información de ambos países: múltiples sistemas de información, no confiables y baja calidad de los datos que se registran, que, por un lado, cuestionan los resultados de otros estudios basados en estos sistemas de

información, y, por otro, dificultan la evaluación por parte de las autoridades de salud del desempeño de las redes.

Con respecto a las limitaciones de este estudio de desempeño de las redes en Pernambuco y Bogotá, por un lado, hay que enfatizar que el Estado de Pernambuco tiene un desempeño (*performance)* por debajo del promedio nacional en lo que al SUS se refiere, y, por otro lado, que las EPS estudiadas en Bogotá están clasificadas entre las mejores del país. Puede haber un sesgo en la selección de las EPS en Bogotá, ya que entraron al estudio las que aceptaron ser evaluadas, y es probable que las que rechazaron entrar no eran las mejores. Estos factores hacen que no sea posible extrapolar estos resultados al resto del territorio de ambos países.

Para detectar el efecto de una mejor coordinación de la atención, por ejemplo, de parte de los médicos de familia, un enfoque más apropiado para enfermedades crónicas sería el *s*eguimiento de una cohorte a largo plazo, por ejemplo, durante tres años (Kiivet et al., 2013).

La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud: estudio de casos de usuarias con cáncer de mama

Los resultados de los estudios de casos de usuarias portadoras de cáncer de mama mostraron deficiencias en la continuidad de la atención en ambos países, en particular en la continuidad de gestión clínica y de información, y, en Colombia, también en la continuidad de relación.

Con respecto a la primera dimensión de la continuidad, la que se refiere a la *continuidad de la gestión clínica entre niveles de atención,* ninguna de las pacientes, ni en Brasil ni en Colombia, habían sido sometidas a pruebas preventivas, como está previsto en los protocolos nacionales (ecografías y mamografías) a pesar de haber sido atendidas por otros problemas de salud. Una vez aparecieron los síntomas, hubo retrasos para la primera consulta en el I nivel de atención, bien porque las pacientes no buscaron atención inmediatamente, o bien por la demora en la asignación de la cita. También se atribuyen retrasos en el diagnóstico a que algunos profesionales subestimaron los síntomas. Es interesante destacar la importancia del establecimiento de una relación de confianza con el médico de familia en la detección temprana de cáncer de mama, tal y como muestra un estudio en los Estados Unidos (Mainous et al., 2004).

Durante la fase diagnóstica emergieron problemas de acceso, especialmente en Colombia, pero también en la red de Caruarú (Brasil), a los exámenes (biopsias y de extensión del cáncer) que tuvieron como consecuencia, en el primer caso, retrasos en el diagnóstico (por ejemplo, un tiempo de espera para la biopsia de hasta tres meses); y en el segundo, gastos de bolsillo de la atención en servicios privados para evitar la demora en los servicios públicos, así como retrasos en el inicio del tratamiento. Solo en Recife, las pacientes obtuvieron resultados de la biopsia en menos de 40 días, tal y como obligan las normas nacionales. En ambos países, las usuarias atribuyen el atraso en el diagnóstico en parte debido a la limitada disponibilidad de los equipos y/o de los profesionales, y en el caso de Colombia, además, a la necesidad de obtener autorizaciones para la realización de las pruebas por parte de las aseguradoras (EPS) y comités científico técnicos, también descrito como una posible barrera en un caso en Caruarú.

En el tratamiento de la enfermedad, en ambos países se identificaron problemas en cuanto al abordaje de los efectos secundarios de la quimioterapia; en algunos casos, por la falta de disponibilidad de medicamentos prescritos, lo que significó un gasto de bolsillo importante para las usuarias, y, en Colombia, la interrupción del tratamiento en algún caso. En el caso de Colombia, también se atribuyó a la falta de cobertura del POS en el régimen subsidiado, además de las largas distancias a los servicios de salud como consecuencia de la compra fragmentada de las aseguradoras de servicios distantes del lugar de residencia de las usuarias.

Tanto las pacientes de Brasil como de Colombia consideraron que el tratamiento se había adaptado a sus necesidades, a pesar de señalar numerosos problemas en la comunicación, coordinación y colaboración entre los proveedores de atención especializada, así como los desacuerdos entre los especialistas acerca de las pruebas de diagnóstico, tratamientos alternativos y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad. En los Estados Unidos, un estudio reciente también mostró un porcentaje considerable de pacientes crónicos (27 %) que percibían problemas en la coordinación de la atención (9 % problemas graves y 18 % problemas menores) (Maeng et al., 2012). Hay que tener en cuenta que algunos pacientes son reacios a denunciar dificultades en la continuidad de su atención (King et al., 2009).

En ambos países emergen problemas de continuidad de información entre niveles asistenciales, principalmente entre especialistas, en algunos casos convirtiendo a las pacientes en el medio para transferir la información al resto de profesionales. En una red de Brasil, se destacó la ausencia de transferencia de información de los especialistas al I nivel de atención, por considerarlo innecesario. Esto indica la posible existencia de desconfianza del médico de II nivel hacia su colega de I nivel, problema conocido y muchas veces descrito (Beaulieu, 2013).

En Brasil se percibe un mejor conocimiento por parte de los oncólogos de los contextos socioeconómicos, mientras que, en Colombia, hubo diferencias en cuanto al nivel de conocimiento del oncólogo y/o cirujano de las circunstancias personales de las pacientes, atribuido al interés mostrado hacia el paciente.

Solo los usuarios de la red contributiva en Colombia señalaron la existencia de una historia clínica compartida entre los profesionales del I nivel y la atención especializada.

En cuanto a la percepción de *continuidad de relación,* en ambos países las usuarias atribuyen al oncólogo la responsabilidad del seguimiento, aunque se evidencian discontinuidades en la relación. En Colombia, eso se atribuye al gran número de profesionales que participan en la atención de los pacientes por la compra fragmentada de servicios por parte de las aseguradoras, y, en Brasil, a la escasa estabilidad del personal en el I nivel, además de considerar que los profesionales del I nivel no tienen el conocimiento adecuado para el seguimiento de la enfermedad.

La importancia de la estabilidad del médico de I nivel se destaca también en otros estudios, por ejemplo, una revisión sistemática hecha por Sampson *et al.* (2015) encuentra que una buena relación con el médico de I nivel se basa en la confianza y el entendimiento, ambos imposibles cuando ese médico cambia permanentemente. La relación estable con un solo médico de cabecera se ha asociado con un mejor acceso a actividades preventivas, incluso en sistemas de salud de cobertura universal sin barreras financieras en el acceso (Menec et al., 2005). Un estudio en Suecia mostró que una atención personalizada y continua en pacientes con cáncer de mama tenía un efecto positivo sobre el estado emocional de la paciente, su bienestar mental y su percepción de dolor posoperativo, a un año de la cirugía (Boman et al., 1999). Si bien en Brasil, en general,

se señala una buena relación con los oncólogos, y, en consecuencia, una mayor confianza para preguntar y expresar dudas sobre la enfermedad y el tratamiento, en el caso de Colombia, esa relación varía mucho según el interés mostrado, tanto por el oncólogo como por el cirujano. En ambos países, la paciente una vez diagnosticada es atendida en el II nivel, sin intervención alguna por el médico de cabecera, lo cual no favorece la continuidad relacional y desmejora la imagen y el prestigio del médico de familia (Kvamme, 2015).

La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud: estudio de casos de usuarias con diabetes mellitus de tipo 2

Los resultados del estudio de casos con usuarias portadoras de diabetes mellitus de tipo 2 mostraron problemas en la continuidad de la atención en ambos países. En la revisión de la literatura, se detectó que todavía son escasos los estudios que abordan el tema de la continuidad asistencial en Latinoamérica, particularmente en Colombia y Brasil, por lo que la discusión de resultados con otras investigaciones realizadas en ambos países es limitada.

Con respecto a la *continuidad de la gestión clínica entre niveles de atención*, en ambos países emergieron problemas de acceso en la fase prediagnóstica, generando un diagnóstico y tratamiento tardío, y situaciones de crisis. En Brasil, se atribuye la falta de detección en la atención primaria a la insuficiente oferta de servicios de apoyo al diagnóstico, sobre todo en la red de Caruarú, lo que coincide con la revisión presentada por Toscano (2004). En Colombia, el atraso en el diagnóstico se atribuye a una limitada cobertura del POS, especialmente en las redes del régimen subsidiado, que restringe la realización de pruebas de laboratorio. En ambos casos, se generan gastos de bolsillo de las usuarias. La diabetes está considerada como una enfermedad en ascensión y exige un adecuado I nivel de atención para la detección precoz y, sobre todo, para coordinar la atención del paciente a lo largo de los distintos niveles asistenciales (Brito et al., 2012; Zanetti et al., 2001), lo que parecería ser más difícil de alcanzar en el sistema de salud de Colombia, ya que el límite de la atención está definido por la cobertura proporcionada por los distintos regímenes del SGSSS.

En el seguimiento de la enfermedad, en ambos países, existen problemas en el acceso a insumos y medicamentos considerados básicos para el adecuado control de la enfermedad. En Brasil, hay una falta de insumos/medicamentos en las unidades de salud, mientras que, en Colombia, además de la limitada cobertura de servicios, existen diversas barreras en el acceso a los insumos y medicamentos, como, por ejemplo, los trámites para la obtención de las autorizaciones impuestos por las aseguradoras y, en menor medida, por los proveedores de servicios, especialmente en las redes subsidiadas. El acceso a los insumos y medicamentos es uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud pública. A pesar de que en Brasil, entre el año 2005 y 2009, hubo aumento del 65,3 % de los recursos financieros del Ministerio de la Salud para adquisición de medicamentos, y se amplió el volumen de las transferencias a los Estados, y en 2009, hubo un incremento de 20,6 veces en la partida destinada al Programa Farmacia Popular y hubo un crecimiento del 41,6 %, en los recursos destinados a la estructuración de servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2009; Vieira, 2013), los resultados de este estudio parecen señalar la insuficiencia de estos recursos para garantizar la atención adecuada. Los resultados mostraron también barreras de acceso para el seguimiento en la atención especializada, con excepción de una red en Colombia, con elevados tiempos de espera para la atención con los especialistas y dificultades en la comunicación a través del *call center* para la programación de consultas y pruebas de laboratorio, coincidiendo con otro estudio realizado en Brasil (Pereira et al., 2012). Además, en el caso de Colombia, los sistemas de información permiten la multiplicidad en los registros de afiliación de las usuarias en las redes subsidiadas, lo que impide que reciban atención. En Brasil, el control de las complicaciones en el nivel especializado está limitado principalmente por la insuficiente oferta de servicios del SUS, de forma más evidente en Caruarú (Barragán et al., 2011; Morales et al., 2011). En cuanto a la consistencia de la atención, en ambos países existen irregularidades en el seguimiento de las pacientes por los especialistas. Sin embargo, en general, los médicos de nivel básico tienen en cuenta y siguen los tratamientos recomendados por la atención especializada. Además, con mayor evidencia en Brasil, los médicos generales adaptan el tratamiento y refieren a los especialistas en caso de síntomas emergentes, lo que es descrito más limitadamente en Colombia.

En ambos países, emergen problemas en la *continuidad de información entre niveles* asistenciales, debido a uso limitado o la inexistencia de mecanismos formales de transferencia de información entre los diferentes niveles asistenciales. En Brasil, es más evidente en Caruarú, y, en Colombia, en las redes subsidiadas. Según los médicos, cuando se produce un intercambio de información entre niveles, especialmente en la contrarreferencia, el contenido suele ser insuficiente para un seguimiento adecuado de la enfermedad. En general, predomina la comunicación informal entre los profesionales y destaca la responsabilidad de las usuarias en la transmisión de información, lo que también fue observado por Almeida et al. (2010, 2011).

En Brasil se percibe un mejor conocimiento de los médicos de familia de las historias y contextos de las usuarias, al contrario de lo que se observa en las redes de Colombia, donde los profesionales muestran una falta de conocimiento, a excepción de una de las redes contributiva, en la que psicólogos y asistentes sociales denotan un mayor interés por las historias y las condiciones de vida de las usuarias.

En cuanto a la percepción de la *continuidad de relación*, en ambos países se evidencian dificultades diferenciadas por tipos de red. En Brasil, se percibe más la continuidad de relación entre los médicos de familia y usuarias, y menos entre las usuarias y los especialistas. No obstante, depende del área: mientras que en Recife la estabilidad de los equipos de atención primaria parece favorecer la consolidación del vínculo y la confianza entre las usuarias y los médicos de familia, en Caruarú la rotación y el número reducido de especialistas impiden el establecimiento del vínculo entre las usuarias y cualquier profesional. En Colombia, emerge una peor continuidad de la relación. La ruptura de la continuidad de la relación entre las usuarias y los profesionales se debe a la inestabilidad del proveedor, entre otros, como resultado de cambios de afiliación, especialmente en pacientes que son atendidas en el I nivel de atención de las redes subsidiadas. Estos hallazgos son semejantes al estudio en Brasil de Medeiros *et al.* (2010), que describe una alta rotación de médicos y enfermeros en la atención primaria, y su influencia negativa en el fortalecimiento de vínculos entre equipo de salud y usuarios.

Se ha analizado la diabetes como ejemplo de las enfermedades crónicas que requieren de una atención coordinada entre diferentes niveles,

basada en el papel del equipo de atención primaria como coordinador de la atención a lo largo de la trayectoria asistencial. Sin embargo, los límites en el acceso y continuidad de la atención de los casos analizados en Brasil parecen estar más relacionados con la organización y oferta de servicios de salud, y con la insuficiente financiación del sistema de salud. No obstante, en Colombia, las limitaciones están más relacionadas con las medidas, definidas por las propias aseguradoras (EPS) en consonancia con las políticas del propio sistema de salud.

Limitaciones del estudio

En Colombia, la mayoría de EPS que operaba en las áreas de estudio con las que se contactó rechazaron participar en el estudio. Esto podría significar que las cuatro EPS finalmente seleccionadas obtienen mejores resultados que las excluidas. No obstante, los resultados muestran precisamente un pobre desempeño en las redes analizadas. Además, los resultados del estudio en relación con el acceso a lo largo del continuo asistencial muestran barreras similares a otros estudios realizados en Colombia con EPS distintas a las analizadas (Vargas et. al., 2013, 2010). La falta de estudios previos o información estadística sobre coordinación entre niveles de la atención y la calidad dificulta la comparación de los resultados con los de otros estudios. Estas características se deberían tener en cuenta en la interpretación de los resultados, y su transferencia a otros contextos.

Otra limitación importante del estudio, con respecto al análisis del desempeño de las redes en la atención de las enfermedades trazadoras, la constituyó la deficiente calidad y fragmentación de los registros de los servicios de salud (historias clínicas y registros administrativos de los pacientes). Como consecuencia de la inexistencia de información en los registros, el tamaño de la muestra en algunos indicadores fue insuficiente para los análisis de significación estadística.

Finalmente, en relación con el estudio de caso de continuidad de usuarias en Colombia, no se pudo entrevistar a los médicos que habían atendido a algunas usuarias. No obstante, su repercusión fue mínima porque la fuente principal de información de este estudio son las usuarias, y se pudo triangular la información con las HC.

Retos de futuro para la implantación de redes de servicios de salud en Colombia y Brasil

María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo,
Amparo Susana Mogollón-Pérez,
Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger
y Pierre de Paepe

Este estudio muestra dificultades importantes en la implementación de redes de servicios de salud en Colombia y Brasil que requerirían reformas en dos niveles: en la organización de los sistemas de salud y en las redes.

En ambos países, se evidencian barreras relacionadas con las *características del sistema de salud* que dificultan el trabajo articulado en red y tienen un impacto negativo sobre sus resultados intermedios y finales. En Colombia se relacionan con el modelo de competencia gestionada, y en Brasil, con la descentralización del sistema de salud a los municipios. Aunque las redes integradas de servicios de salud han sido promovidas por gobiernos y agencias internacionales como una solución a la segmentación y fragmentación de la atención en ambos países, la implementación de las redes se ve precisamente obstaculizada por elementos característicos de sus modelos organizativos que son necesarios modificar para mejorar el desempeño de las redes.

Se propone ir más allá de las reformas parciales introducidas hasta el momento que únicamente profundizan en el modelo organizativo existente intentando corregir sus disfuncionalidades sin éxito, en Colombia, basadas en la mejora de la regulación del mercado y en Brasil, en la

implementación de estrategias para mejorar la autonomía y capacidad administrativa y financiera y el refuerzo de la asesoría técnica y fiscal de los Estados.

En Colombia, se propone una reforma integral para implantar un sistema público con integración de la financiación y del paquete de prestaciones, y con una aseguradora pública única, más equitativo y fácil de administrar y regular. Esto supondría la integración progresiva de la financiación de los diferentes subsistemas para construir redes de ámbito geográfico que permitan avanzar hacia la configuración de un sistema nacional de salud, que garantice la universalidad, la calidad en la prestación de los servicios y la resolución de los problemas en salud de la población. Esto supondría avanzar al mismo tiempo hacia un modelo organizativo no basado en la competencia, de tal manera que se disminuya la fragmentación de la atención, los desincentivos a colaborar entre proveedores y la inestabilidad en las redes.

En Brasil, se propone centralizar, a nivel de los estados o de una estructura administrativa descentralizada a nivel regional con autoridad institucional, determinadas funciones, como la planificación de las redes, el establecimiento de sus poblaciones de referencia, la financiación y compra de servicios de salud y el desarrollo de mecanismos de coordinación asistencial, actualmente responsabilidad de los municipios. Así mismo, se requiere una mejor financiación del sistema de salud público, y la regulación del sistema privado, para disminuir la insuficiencia de recursos económicos, físicos y humanos del SUS, pues mientras se encuentre presente, resultará muy difícil consolidar redes en las que se garantice el acceso a la atención en todos los niveles del continuo asistencial.

En ambos países, se requiere una *regulación del mercado laboral e incentivos financieros*, en primer lugar, para disminuir la precariedad en el empleo que dificulta la coordinación entre niveles asistenciales y continuidad de la atención debido a la elevada rotación y desmotivación de los profesionales para ofrecer una mayor calidad de la atención; y, en segundo lugar, para disminuir la competencia entre el sector público y privado en materia de contratación laboral, así como para atraer o retener profesionales en las áreas más distantes de ambos países, favoreciendo con ello una distribución más equitativa del talento humano en salud.

Finalmente, a nivel de sistema de salud, dada la importancia de la atención primaria en las redes de servicios de salud, en ambos países se requiere el fortalecimiento del rol del I nivel como puerta de entrada a la red, mediante políticas que adecuen la estructura y organización de la oferta de servicios de este nivel, y la mejora de los perfiles de formación del talento humano que se desempeña en el área, para garantizar el acceso oportuno a una atención de calidad de la población, de acuerdo con sus necesidades.

En ambos países se identifican factores relacionados con la *organización de las redes de servicios,* con un impacto negativo en su desempeño en relación con la coordinación y continuidad asistencial, así como en la calidad de la atención, en general, y de las patologías trazadoras.

Por ello, se requiere, en primer lugar, mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales, reducir la carga de trabajo cuando sea necesario y remunerar las actividades de coordinación para favorecer el uso de los mecanismos de coordinación existentes (hoja de referencia y contrarreferencia, etc.); y fortalecer sus habilidades y motivación para coordinarse mediante la implementación de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales basados en la adaptación mutua (sistema experto, mecanismos de comunicación informal, sesiones clínicas conjuntas, etc.).

En segundo lugar, para una mejor atención de las enfermedades crónicas, como la diabetes, hace falta que el I nivel de atención desempeñe su papel de gestor de la atención del paciente, así como su orientación a la atención biopsicosocial, haciendo un seguimiento permanente para que el paciente realice los controles previstos, tanto en el I nivel como en el II y III nivel. Para ello, se necesita más formación continua a los profesionales de las redes (por ejemplo, a través del apoyo de los especialistas de las redes, guías de práctica clínica, etc.) y un mejor acceso de los pacientes a los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial: más consultas de I nivel, preferiblemente por el mismo médico de familia, de acuerdo con las normas nacionales, más referencias a los especialistas, más frecuencia en la realización de exámenes de laboratorio y mejor acceso a medicamentos y otros insumos considerados básicos para el control de la enfermedad. También se requiere en ambos países reforzar la estabilidad laboral de los profesionales de la salud para mejorar la continuidad de relación con las pacientes.

En tercer lugar, para ofrecer una mejor atención de enfermedades como el cáncer de mama, los esfuerzos tienen que orientarse a la detección temprana (evitando en lo posible los falsos positivos) y, fundamentalmente, a la reducción del tiempo entre la sospecha diagnóstica, diagnóstico e inicio del tratamiento, lo cual precisa de una mayor coordinación y accesibilidad entre niveles de atención y, esencialmente, a las pruebas diagnósticas, y entre especialistas. En otros países, se ha comprobado que es factible acortar mucho los tiempos entre diagnóstico e inicio de tratamiento, evitando de esta manera la progresión del tumor.

Por último, se requiere una mejor evaluación y monitoreo del desempeño de las redes en la atención en salud de la población por parte del ente rector del sistema de salud. Para ello, es necesario mejorar los sistemas de información rutinarios existentes, la calidad y confiabilidad de la información que se registra, y fomentar la transferencia de información entre niveles.

V. Bibliografía

Abadía-Barrero CE, Oviedo-Manrique DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2010;Sup. 9(18):86-102.

Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9(3):208-20.

Aday LA, Andersen RM. Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. Med Care. 1981;19(12):4-27.

Aday LA, Awe WC. Health services utilization. En: Gochman DS, editor. Handbook of health behavior research: personal and social determinants. New York: Plenum; 1997. pp. 153-72.

Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. Health Care Manage Rev. 1995;20(4):69-81.

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomés L, et al. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. Int J Quality Health Care. 2013;25(3):291-9.

Almeida PF, Fausto MC, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):84-95.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonca MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Publica. 2010;26(2):286-98.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2009. Diabetes Care. 2009;32(Suppl 1):S13-61.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2010. Diabetes Care. 2010;33(Suppl 1):S11-61.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2012. Diabetes Care. 2012;35(Suppl 1):S11-63.

Andersen RM, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization. Milbank Mem Fund Quart. 1973;51(95):1-28.

Andersen RM. National health surveys and the behavioural model of health services use. Med Care. 2008;46(7):647-53.

Andersen RM. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.

Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia [internet]. [Citado en 2014 abril 15]. Disponible en: http://revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf

Baker R, Freeman GK, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J, et al. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services [internet]. [Citado en 2014 junio 12]. Disponible en: http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0016/64330/FR-08-1109-196.pdf

Barbosa MH, Goulart DM, Vieira de Andrade E, Mattia AL. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. Enferm Glob. 2012;11(26):164-73.

Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. Health Care Manage Rev. 1998;23(1):18-28.

Barragán AM, Mogollón-Pérez AS, López SL, Valencia SC, Morales N, Pinilla M, et al. Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: un estudio de caso en Colombia. Rev Univ Ind Santander. 2011;43(1):77-9.

Barraza-Llorens M, Panopoulou G, Diaz BY. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000-2006. Rev Panam Salud Pública. 2013;33:122-30.

Batista-Moliner R, Ortega-González L, Fernández-López G. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. Resumed. 1998;11(1):6-23.

Beaulieu MD. Primary and secondary care: breaking down barriers for our patients with chronic diseases. Can Fam Physician. 2013;59(2):221.

Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Pública Mex. 2011;53(Supl 2):S120-31.

Beck K. Competition under a regime of imperfect risk adjustment: the Swiss experience. Sozial-Präventivmedizin. 1998;43(1):7-8.

Bell R. Continuity of care: were we providing continuity of care for our clients? Perspectives. 1996;20(4):17-20.

Beltrán P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación [tesis de máster]. [Barcelona]: Universitat Pompeu Fabra; 2006.

Boman L, Björvell H, Langius A, Cedermark B. Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. Eur J Cancer Care. 1999;8(2):87-96.

Brasil, Ministério de Saúde, Departamento de Atenção Básica (DAB) [internet]. Disponible en: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php (acceso 27/04/2014).

Brasil, Ministério de Saúde. Lei 8.080, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (2006a set 19).

Brasil, Ministério de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão (1996 nov 6).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria MS/GM Nº 95, e regulamentação complementar. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01 (2001 jan 26).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria Nº 1.020, Define a Programação Pactuada e Integrada - PPI/2002 (2002 maio 31).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria Nº 1.097, Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (2006b maio 22).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria Nº 4.279, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (2010 dez 30).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria Nº 699/GM, Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, (2006 março 30).

Brasil, Ministério de Saúde. Portaria Nº 699/GM, Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (2006c mar 30).

Brasil, Ministério do Planejamento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pesquisa sobre a saúde brasileira [internet]. [Citado en 2014 jul 7]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/

Brito ES, Oliveira RC, Silva MR. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. Rev Bras Saude Matern Infant. 2012;12(4):413-23.

Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. BMJ. 1997;315(7116):1138-41.

Cavalcanti H, de Brito Lyra MR, Avelino E. Mosaico urbano do Recife: exclusão/inclusão socioambiental [internet]. [Citado 2014 mayo 12]. Disponible en: http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/livro%20MUR/ContracapaSum-rioIntrodu--o%20MUR.pdf

Cendex. Estudio de costos administrativos. Bogotá: Interamerican Develoment Bank, Corona Foundation and Social Foundation; 2000.

Cernadas A. Desigualdades en salud: las barreras de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para los colectivos socialmente desfavorecidos [tesis doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autónoma de Barcelona; 2008.

Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad Saude Publica. 2002;18(4):1-12.

Chen A, Brown R, Aliotta S, Fox P. Best practices in coordinated care. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.; 2000.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores básicos 2010. Situación de salud en Colombia [internet]. [Citado en 2014b jun 13]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud [internet]. [Citado en 2014c jun 13]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social. Afiliados BDUA corte diciembre de 2013 [internet]. [Citado en 2014a jun 13]. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/Pages/Descargue%20Datos/Aseguramiento2013.aspx

Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa N 66, La prestación de los servicios de salud. Boletín Jurídico Nº 21 (2010b).

Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa Nº 67, Asociación o alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud. Boletín Jurídico Nº 21 (2010a).

Colombia, Supersalud, Ministerio de Salud y Protección Social (Supersalud). Régimen contributivo afiliación. Afiliados activos BDUA publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social a marzo de 2013.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Cepal, División de Estadística y Proyecciones económicas; 2006a.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Protección social y sistemas de salud. Capítulo III. En: Cepal. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile: Cepal; 2006b. pp. 77-106.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los hogares en salud. Capítulo V. En: Cepal, editor. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: Cepal; 2013. p. 195-220.

Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. Health Care Manage Rev. 1990;15(4):9-22.

Da Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciên saúde coletiva. 2011;16(6):2753-62.

Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005.

Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia. Documento Conpes 3204. Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos [internet]. [Citado en 2014 jun 12]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3204.pdf

Depoy E. Gitlin, L. Introduction to research, Multiples strategies for health and human services, London: Mosby, 1994.

Drabik A, Buscher G, Thomas K, Graf C, Muller D, Stock S. Patients with type 2 diabetes benefit from primary care-based disease management: a propensity score matched survival time analysis. Popul Health Manag. 2012;15(4):241-7.

Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? Health Aff (Millwood). 1996;15(1):100-3.

Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública 2008;24(3):210-6.

Echeverry-López ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2011;10(20):97-109.

Eden J. Measuring access to care through population-based surveys: where are we now? Health Serv Res. 1998;33(3):685-706.

Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. J Health Politics, Policy & Law. 1988;13(2):305-21.

EPS-S caso 1. Población afiliada 2010. Documento interno proporcionado por la EPS-S.

EPS-S caso 2. Área de Afiliaciones y Servicio al Cliente. Corte 26 de febrero de 2010. Documento interno proporcionado por la EPS-S.

Fleming BB, Greenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project: moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. Diabetes Care. 2001;24(10):1815-20.

Fleury S, Ouverney A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. Rev Portuguesa e Brasileira de Gestão. 2012;11(2-3):74-83.

Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J Fam Pract. 1997;45(1):64-74.

Fontbonne A, Cesse EÂ, Sousa IM, Souza WV, Chaves VL, Bezerra AF, et al. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil: the Servidiah Study. Cad Saude Publica. 2013;29(6):1195-204.

Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 1999.

Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)

[internet]. [Citado en 2014 jun 13]. Disponible en: http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/138-final-report.pdf

Galbraith J. Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.

Galbraith J. Organization design. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.

Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med. 2000;15(9):626-31.

Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014;13(27):200-11. Disponible en: http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfss

Garcia-Subirats I, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2015;29:88-96.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Perez AS, De Paeper P, Da Silva MR, Unger JP, Vásquez, ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Int J Equity Health. 2014;13(1):10.

García-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vázquez Navarrete ML. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gaceta Sanitaria 2014;28(6):480-8.

García-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, Vásquez ML. Barriers in access to healthcare in countries with different health system. Across-sectorial study in municipalities of central Colombia and North-eastern Brasil. Soc.sci.med 2014; 106: 204-213.

Gerteis M. Coordinating care and integrating services. En: Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, editors. Through the patient's eyes. San Francisco: Jossey-Bass; 1993. pp. 45-71.

Gilson L. Introduction to health policy and systems research. En: Gilson L, editor. Health policy and systems research. Geneva: WHO; 2012. pp. 21-39.

Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. Br J Gen Pract. 2002;52(480):545-8.

Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. Health Serv Res. 1998;33(3):625-52.

Gomes MB, Giannella-Neto D, Faria M, Tambascia M, Fonseca RM, Rea R, et al. Estimating cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: a national multicenter study in Brazil. Diabetol Metab Syndr. 2009;1(1):22.

Gómez LA, Tovar HC, Agudelo C. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2003;5(3):243-62.

Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. Acta Paul Enferm. 2012;25(spe 2):19-25.

González-Block MA. Health reforms in comparative perspective. The Newsletter of the health system reforms iniciatives (ICHSRI) 1997. Report nº 7.

Goss PE, Lee BL, Badoviniac-Crnjevic T, Strasse-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St Louis J. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. Lancet Oncol. 2013;14(5):391-436.

Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A.; 2002.

Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pract. 2003;53(488):217-9.

Guerrero R, Gallego AI, Berrecil-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública Mex. 2011;53(Suppl. 2):S144-55.

Guilliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO) [internet]. [Citado en 2014

jun 13]. Disponible en: http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0004/81265/RS-08-1209-014.pdf

Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Br Med J. 2002;327(7425):1219-21.

Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Breton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. Ann Fam Med. 2012;10:443-51.

Ham C, Smith J. Removing the policy barriers to integrated care in England. London: The Nuffield Trust; 2010.

Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. Acade Manag J. 1985;28(2):397-425.

Harris M, Ferreira A, Moraes I, de Andrade F, de Souza D. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2-3):96-110.

Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit. 2009;23(4):280-6.

Hernández A, Vega R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2001;(1):48-73.

Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saude Publica. 2002;18(4):991-1001.

Herrera Vázquez MM, Rodríguez AN, Nebot AC, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la región de las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(5):261-73.

Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. Adv Prac Nurs Q. 1998;4(1):33-9.

Hollingsworth B, Peacock SJ. Health and efficiency concepts. En: Hollingsworth B, Peacock SJ, editors. Efficiency measurement in health and health care. Oxfordshire (UK): Routledge; 2008. p. 8-27.

Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005;71(1):83-96.

Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: the patient perspective. Med Care. 1985;23:438-60.

Institute of Medicine. Access to health care in America. Washington, D.C.: National Academic Press; 1993.

Instituto Brasileiro de Geográfia e Estatística (IBGE). Censo demográfico e contagem da população [internet]. [Citado en 2014 abr 25]. Disponible en: www.ibge.gov.br

International Diabetes Federation. Global guidelines for type 2 diabetes [internet]. [Citado en 2014 abr 15]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf

IPS-Kennedy. Perfil demográfico y epidemiológico sede Kennedy. 2010. p. 16: Red C-3.

Jacobs R, Smith PC, Street A. Efficiency in health care. En: Jacobs R, Smith PC, Street A, editors. Measuring efficiency in health care: analytic techniques and health policy. Cambridge: University Press; 2006. p. 1-13.

Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona; 1999.

Jaramillo-Pérez I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social. Gac Sanit. 2002;16(1):48-53.

Kasper JD. Asking about access: challenges for surveys in a changing healthcare environment. Health Serv Res. 1998;33(3):715-39.

Kiivet R, Sund R, Linna M, Silverman B, Pisarev H, Friedman N. Methodological challenges in international performance measurement using patient-level administrative data. Health Policy. 2013;112(1-2):110-21.

King M, Jones L, McCarthy O, Rogers M, Richardson A, Williams R, et al. Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer. Br J Cancer. 2009;100(2):274-80.

Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. Int J Integr Care. 2002;2:e12.

Kornacki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? Healthc Financ Manage. 1998;52(6):34-6.

Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. BMJ. 2002;324(7328):36-8.

Kvamme O. Cooperation across the interface of primary and secondary care. En: World Organization of Family Doctors, editor. The world book of family medicine. Ljubljana: Stichting Wonca Europe; 2015. p. 30-2.

Lamb GS. Outcomes across the care continuum. Med Care. 1997;35(Suppl 11):106-14.

Le Grand J. The distribution of public expenditure: the case of health care. Economica. 2004;45(178):125-42.

Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gac Sant. 2010;24(4):339-46.

Lin CY. Improving care coordination in the specialty referral process between primary and specialty care. N C Med J. 2012;73(1):61-2.

Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny A. Health care management. 4ª ed. New York: Delmar; 2000.

Lorenz AD, Mannksch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. Health Care Manage Rev. 1999;26(2):401-10.

Machado-Alba JE, Moncada-Escobar JC, Gaviria H. Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(6):529-35.

Macinko J, Lima Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. Int J Equity Health. 2012;11:33.

Mackenzie K, Symon G. Recent approaches to the qualitative analysis of organizational culture. En: The international handbook of organizational culture and climate. West Sussex, England: John Wiley & Sons; 2001. pp. 107-27.

Maeng DD, Martsolf GR, Scanlon DP, Christianson JB. Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective. Health Serv Res. 2012;47(5):1960-79.

Maia E, Maia L, Valente F, Machado R, Borges J. Tempo decorrido entre a primeira consulta e o tratamento definitivo nos casos de cancer de mama no Sistema de Saude Publico na Cidade de Jundiai. Rev Bras Mastol. 2006;16(1):23-6.

Mainous AG, III, Kern D, Hainer B, Kneuper-Hall R, Stephens J, Geesey ME. The relationship between continuity of care and trust with stage of cancer at diagnosis. Fam Med. 2004;36(1):35-9.

Marín Y, Chávez B. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014;32(1):62-70.

Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá: Fedesalud; 2013.

Mays N, Pope C. Qualitative research: observational methods in health care setting. BMJ. 1995;311(6998):182-4.

Mc Donald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care coordination measures atlas. Rockville, MD; 2010.

McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saude Coletiva. 2010;15(Suppl. 1):1521-31.

Medici AC, Londoño JL, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. En: Innovations in health care financing. Washington: World Bank; 1997. p. 215-33.

Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. Milbank Q. 2011;89(1):39-68.

Mendes AB, Fittipaldi JA, Neves RC, Chacra AR, Moreira ED, Jr. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. Acta Diabetol. 2010;47(2):137-45.

Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? Health Serv Res. 2005;40(2):389-400.

Meneu R. Experiencias de integración clínica: el equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando solo existen enfermos. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.

Mesa-Lago C. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. Nueva Sociedad. 2007;41:115-31.

Mills A. Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: bureaucratic versus market approaches. HEFP Working Paper 01/95. London: Health Economics & Financing Programme, LSHTM; 1995.

Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1988.

Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MM. La asistencia en la salud de la familia bajo la perspectiva de los usuarios. Revista Latino-Am de Enfermagem. 2010;18(3).

Mogollón AS. Acceso a los servicios de salud por la población desplazada por conflicto armado en Bogotá [tesis doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autónoma de Barcelona; 2004.

Morales N, Mogollón-Pérez AS, García V, Rodríguez LF, Barragán AM, López SL, et al. Configuración y características de las redes de servicios de salud en Colombia. Rev Univ Ind Santander. 2011;43(1):73-7.

Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003;1(3):149-55.

Ocke-Reis CO, Marmor TR. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? Int J Health Plann Manage. 2010;25(4):318-29.

Oliveira AB, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública. 2010;26(4):725-37.

Omaha K, Meléndez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan. 1998;13(4):433-45.

Organização Pan-Americana da Saúde. O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores; 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Integrated health services delivery networks based on primary health care (CD49.R22), 49th PAHO Directing Council, 2009. Washington, D.C.: OPS; 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010.

Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: Health Foundation; 2011.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97.

Palmer S, Torgerson DJ. Definitions of efficiency. BMJ. 1999;318(7191):1136.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage 2015.

Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2003. pp. 17-89.

Peñaloza-Ramos MC. Evaluación de la eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA). Documento 244. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos; 2003.

Pereira C, Acurcio FA, Guerra-Júnior AF, da Silva D, Cherghiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. Cad Saude Publica. 2012;28(8):1546-58.

Phillips K, Morrison K, Andersen RM, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioural model of utilization. Health Serv Res. 1998;33(3):571-96.

Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World Health Organ. 2001;79(8):755-63.

Planeación-EPS. Informe de rendición de cuentas 2011. EPS-C caso 3.

Presidência da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1998).

Presidência da República Federativa do Brasil. Decreto 7.508, Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Casa Civil, Subchefia para Assunto Jurídicos (2011 jun 28).

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 133 de 2010, por el cual se dictan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 47.599 (2010).

Qudah F, Brannon M, McDougall P. Integrated clinical management: a model for clinical integration. Top Health Inform Manage. 1998;19(2):1-11.

Quintana S. El acceso a los servicios de salud en Colombia. Bogotá: Médicos Sin Fronteras-España; 2002.

Reich M. The politics of health sector reform in developing countries. En: Berman P. Editor. Health sector reform in developing countries. Harvard University Press, 1995.

Reid RJ, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare, final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

República de Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 29 de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 28 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Diario Oficial Nº 48.298; 2011f.

República de Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial Nº 45.474; 2004.

República de Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 306 de 2005, por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado. Diario Oficial Nº 46.906; 2005.

República de Colombia. Artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, contratación en el régimen subsidiado y EPS públicas del régimen contributivo. Diario Oficial Nº 46.506; 2007a.

República de Colombia. Artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Diario Oficial Nº 46.506; 2007b.

República de Colombia. Artículo 26 de la Ley 1122 de 2007, de la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. Diario Oficial Nº 46.506; 2007c.

República de Colombia. Artículo 3º del Decreto 4747 de 2007, definiciones para efectos del decreto por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 46.835; 2007d.

República de Colombia. Artículo 60 de la Ley 1438 de 2011, definición de redes integradas de servicios de salud. Diario Oficial Nº 47.957; 2011c.

República de Colombia. Artículo 61 de la Ley 1438 de 2011, de las redes integradas de servicios de salud. Diario Oficial Nº 47.957; 2011a.

República de Colombia. Artículo 64 de la Ley 1438 de 2011, articulación de las redes integradas. Diario Oficial Nº 47.957; 2011b.

República de Colombia. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial Nº 46.230; 2006.

República de Colombia. Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 46.835; 2007e.

República de Colombia. Decreto 806/1998, de 30 abril, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Diario Oficial Nº 43291; 5 de mayo de 1998.

República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 41.148; 1993.

República de Colombia. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 46.506; 2007f.

República de Colombia. Ley 1393 de 2010, por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos en el interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 47.768; 2010.

República de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 47.957; 2011d.

República de Colombia. Ley 1454 de 2011, por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones. Diario Oficial Nº 48.115; 2011e.

República de Colombia. Ley 1508 de 2012, por la cual se establece el régimen jurídico de las asociaciones público-privadas, se dictan normas orgánicas de presupuesto y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Nº 48.308; 2012.

República de Colombia. Ley 344 de 1996, por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones. Diario Oficial Nº 42.951; 31 de diciembre de 1996.

República de Colombia. Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 1 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial Nº 44.654; 2001.

República de Colombia. Resolución 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial; 2013.

República de Colombia. Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial; 1994.

Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev Fac Nac Salud Pública. 2007;25(1):82-9.

Rigby M, Koch S, Keeling D, Hill P, Alonso A, Maeckelberghe E. Developing a new understanding of enabling health and wellbeing in Europe - Harmonising health and social care delivery and informatics support to ensure holistic care. Brussels: European Science Fundation; 2013.

Rodrigues Vieira EW. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais [dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem]. [Belo Horizonte]; 2010. Disponible en: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c46e4d8c28fe.pdf

Rodríguez JM, Rodríguez DP, Corrales JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Ciência & Saúde Coletiva 2015;20(6):1947-58.

Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. Am J Public Health. 1980;70(2):122-7.

Rosa RM, Alberto IC. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. Health Policy. 2004;68(2): 129-42.

Sampson R, Cooper J, Barbour R, Polson R, Wilson P. Patients perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. BMJ Open. 2015;5:10.

Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003;1(3):134-43.

Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica. Recife: Gerência Operacional de Informação e Avaliação; 2011.

Sennett C, Starkey K. Measuring and improving efficiency in health care: report from an ABIM/IOM meeting [internet]. [Citado en 2014 abr 25]. Disponible en: www.abimfoundation.org/publications/pdf.../Issue_Brief_06_06.pdf

Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G. Glossary health economic evaluation. J Epidemiolm Community Health. 2002;56(2):85-8.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hosp Health Serv Adm. 1993;38(4):447-66.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 1996.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. Remaking health care in America. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 2000.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff (Millwood). 1994;13(5):46-64.

Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? Can J Nurs Adm. 1997;10(3):90-111.

Smith JA, Scammon DL, Beck SL. Using focus group for new patient services. Jt Comm J Qual Improv. 1995;21(1):22-31.

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database Syst Ver. 2007;18:CD004910.

Sobrinho S, Correia LC, Cruz C, Santiago M, Paim AC, Meireles B, et al. Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care. Arq Bras Cardiol. 2007;88(5):579-84.

Starfield BH. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield BH, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2002. pp. 233-65.

Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6):485-95.

Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis [tesina de máster]. [Barcelona]: Universidad Pompeu Fabra; 2004.

Titelman D, Cetrangolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. Lancet. 2015;385(9975):1359-63.

Toscano CM. As campanhas nacionais para detecçáo das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciên Saúde Coletiva. 2004;9(4):885-95.

Ugá MA, Portó SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, de Carvalho AI, editors. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Río de Janeiro (Brasil): Editora Fiocruz; 2008. p. 395-425.

Uijen AA, Schellevis FG, van den Bosch WJ, Mokkink HG, van Weel C, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. J Clin Epidemiol. 2011;64:1391-9.

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID). Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital. Bogotá; 2012.

Vargas I, Mogollón-Pérez AS, de Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in marketbased and decen-

tralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy and Planning. 2016:1-13.

Vargas I, Mogollon-Pérez AS, Unger JP, da-Silva MR, De PP, Vázquez ML. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. Health Policy Plan. 2015;30(6):705-17.

Vargas I, Unger JP, Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia. Int J Health Plann Manage. 2013;28(1):e13-33.

Vargas I, Vázquez ML, Henao H, de Campos CC. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en redes integradas de servicios de salud (RISS). Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) / Organización Panamericana de la Salud (OPS). Working paper. 2011.

Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad Saude Publica. 2002;18(4):927-37.

Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. BMC Health Serv Res. 2010;10:297.

Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [tesis doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autónoma de Barcelona; 2009.

Vasquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Rev Panam Salud Pública. 2013;33:98-106.

Vásquez J, Velandia D; Universidad de Antioquia, Grupo de Economía de la Salud (GES), Centro de Investigaciones Económicas (CIE). Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: régimen subsidiado de salud en Antioquia [internet]. Disponible en: http://www. agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngr/economia/ges/documentos/determinantes.doc

Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autónoma de Barcelona; 2006.

Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón AS, da Silva MRF, de Paepe P. Integrated healthcare networks in Latin America: a framework for analysis. Rev Panam Salud Pública. 2009b;26(4):360-67.

Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009a.

Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública Mex. 2009;51(Suppl 2):s246-53.

Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Saude Soc. 2013;22(1):73-84.

Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SC, Silva GA, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia - Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23:355-70.

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank Quarterly. 1996a;74(4):511-44.

Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving outcomes in chronic illness. Managed Care Quarterly. 1996b;4(2):12-25.

Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the delivery of health care: methods and findings. En: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten FF, editors. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1992. pp. 49-86.

Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. Int J Qual Health Care. 2012;24(1):39-48.

Waibel S, Vargas I, Aller MB, Gusmão R, Henao D, Vázquez ML. The performance of integrated health care networks on COPD: analysis of continuity of care using multiple case studies. Int J Integr Care. 2015;15:e029.

Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care lavels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. BMC Health Serv Res 2016; 16: 466-477.

Weiss ME. Case management as a tool for clinical integration. Adv Prac Nurs Q. 1998;4(1):9-15.

World Health Organization. Integration of health care delivery. Geneva: WHO; 1996.

World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization. The World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: who; 2006.

World Health Organization. World health statistics: a snapshot of global health. Geneva: who; 2012.

Xingzhu L. Policy tools for allocative efficiency of health services. Geneva: who; 2003.

Yau GL, Williams AS, Brown JB. Family physicians' perspectives on personal health records: qualitative study. Can Fam Physician. 2011;57(5):e178-84.

Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá: Mayol Ediciones, S.A.; 2010.

Yepes FJ, Sánchez LH. La reforma del sector salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? Rev Panam Salud Pública. 2000;8(1-2):1-6.

Yin RK. Case study research. Design and methods. London: Sage publications. 4º Ed. 2009, pp. 240.

Young GJ, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Henderson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. Health Serv Res. 1998;33(5 Pt 1):1211-36.

Zanetti ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. Rev Lat Am Enfermagem. 2001;9(4):32-6.

VI. Anexos

A. Instrumentos de recogida de datos

Guías de entrevista para el estudio cualitativo sobre el acceso y la coordinación en las redes integradas de servicios de salud

Guía de entrevista: formuladores de políticas de salud

1. Política de redes de servicios de salud
   a) En las políticas nacionales, ¿cómo se definen las redes de servicios de salud? ¿Cómo son las redes que se han diseñado (entidades que participan, localización, etc.)?
   b) ¿Qué estrategias se han implementado para desarrollar las redes de servicios de salud?
   c) ¿Qué opina de la política? ¿Qué resultados cree que ha tenido en el área?
   (Si no lo menciona, preguntar por la influencia sobre el acceso, la coordinación entre los niveles asistenciales y la eficiencia).
   d) ¿Qué fortalezas ha tenido la implementación de esta política en el área? ¿Qué dificultades?
   e) ¿Qué opina de cómo se han divulgado estas políticas a las instituciones y profesionales de la red?
   f) ¿Qué aspectos de la política de regionalización/configuración de redes de servicios de salud son susceptibles de mejora en relación con el acceso? ¿Y la coordinación? ¿Por qué?

2. Acceso a los servicios de salud
   a) ¿Qué entiende por acceso a los servicios de salud?
   b) ¿Qué entiende por buen acceso a los servicios de salud? ¿Y por mal acceso a los servicios de salud
   c) ¿Qué opina sobre el acceso a la atención de la población del área? (Preguntar específicamente sobre acceso a la atención especializada si no lo menciona).
   d) ¿Qué factores dificultan el acceso? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Por qué?
      (Preguntar por el acceso en general y a la atención especializada).
   e) ¿Qué elementos relacionados con los servicios de salud influyen en el acceso a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
      (Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: los servicios disponibles, distancia a los servicios, transporte, horarios de atención, tiempos de espera, proceso y trámites, coste de los servicios).
   f) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
   g) ¿Qué elementos relacionados con las aseguradoras (EPS) influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
      (Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: autorizaciones, límites en las derivaciones, medicamentos, pruebas diagnósticas, auditoría clínica).
   h) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
   i) ¿Qué elementos relacionados con la población influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
      (Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: recursos económicos de la población y apoyo comunitario, necesidades de salud, conocimiento sobre los derechos y formas de acceder de los usuarios).
   j) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
3. Coordinación asistencial
   a) ¿Cómo definiría la coordinación entre niveles asistenciales (I nivel de atención y especializada)?
   b) ¿Qué opina de la coordinación asistencial entre los servicios?
   c) ¿Qué elementos facilitan la coordinación? ¿Por qué? ¿Cómo influye en la calidad de la asistencia?
   d) ¿Qué elementos dificultan la coordinación? ¿Por qué?

   e) ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la coordinación asistencial entre los servicios?
4. Barreras y facilitadores del aseguramiento/Colombia
   a) ¿Qué opina del proceso para afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud? ¿Qué factores dificultan el aseguramiento? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Qué mejoraría?
   b) ¿Qué opina del proceso de elección de EPS? ¿Qué mejoraría?
   c) ¿Qué opina del proceso para cambiar de EPS? ¿Qué mejoraría?
   d) ¿Qué opina de la información que se le da al usuario sobre los servicios a los que tiene derecho en el momento de afiliarse? ¿Y sobre cómo utilizar los servicios?

Guía de entrevista: gestores de los servicios de salud

1. Política de redes de servicios de salud
   a) En las políticas nacionales, ¿cómo se definen las redes de servicios de salud? ¿Cómo son las redes que se han diseñado (entidades que participan, localización, etc.)?
   b) ¿Qué estrategias se han implementado para desarrollar las redes de servicios de salud?
   c) ¿Qué opina de la política? ¿Qué resultados cree que ha tenido en el área?
      (Si no lo menciona, preguntar por la influencia sobre el acceso, la coordinación entre los niveles asistenciales y la eficiencia).
   d) ¿Qué fortalezas ha tenido la implementación de esta política en el área? ¿Qué dificultades?
   e) ¿Qué opina de cómo se han divulgado estas políticas a las instituciones y profesionales de la red?
   f) ¿Qué aspectos de la política de regionalización/configuración de redes de servicios de salud son susceptibles de mejora en relación con el acceso? ¿Y la coordinación? ¿Por qué?
2. Acceso a los servicios de salud
   a) ¿Qué entiende por acceso a los servicios de salud?
   b) ¿Qué entiende por buen acceso a los servicios de salud? ¿Y por mal acceso a los servicios de salud
   c) ¿Qué opina sobre el acceso a la atención de la población del área?

(Preguntar específicamente sobre acceso a la atención especializada si no lo menciona).

d) ¿Qué factores dificultan el acceso? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Por qué? (Preguntar por el acceso en general y a la atención especializada).
e) ¿Qué elementos relacionados con los servicios de salud influyen en el acceso a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: los servicios disponibles, distancia a los servicios, transporte, horarios de atención, tiempos de espera, proceso y trámites, coste de los servicios).
f) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
g) ¿Qué elementos relacionados con las aseguradoras (EPS) influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: autorizaciones, límites en las derivaciones, medicamentos, pruebas diagnósticas, auditoría clínica).
h) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
i) ¿Qué elementos relacionados con la población influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: recursos económicos de la población y apoyo comunitario, necesidades de salud, conocimiento sobre los derechos y formas de acceder de los usuarios).
j) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?

3. Coordinación asistencial
   a) ¿Cómo definiría la coordinación entre niveles asistenciales (I nivel de atención y especializada)?
   b) ¿Qué opina de la coordinación asistencial entre los servicios?
   c) ¿Qué elementos facilitan la coordinación? ¿Por qué? ¿Cómo influye en la calidad de la asistencia?
   d) ¿Qué elementos dificultan la coordinación? ¿Por qué?
   e) ¿Qué función tiene el I nivel en la atención de un paciente?
   f) ¿Qué opina de la función que está cumpliendo el I nivel de atención? ¿Qué mejoraría?
   g) ¿Qué opina de cómo se está ejerciendo esta función en los primeros niveles de atención? ¿Qué mejoraría?
   h) ¿Qué función tiene la atención especializada en la atención de un paciente?

i) ¿Qué opina de cómo están ejerciendo esta función en el nivel especializado? ¿Qué mejoraría?
j) ¿Cómo se comunican los profesionales de los diferentes niveles asistenciales? ¿Qué le parece? ¿Por qué? ¿Qué mejoraría?
k) ¿Cómo se transmite la información clínica del paciente entre un nivel asistencial y otro? ¿Qué información clínica del paciente se comparte? ¿Qué opina de la información?
l) ¿Qué mecanismos se utilizan para coordinar (articular) la prestación de servicios al paciente con los otros niveles asistenciales? (Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: circuitos de referencia y contrarreferencia, GPC, protocolos, planificación de alta hospitalaria, guía farmacológica compartida, grupos de trabajo entre niveles, puestos de enlace entre niveles).
m) ¿Qué le parecen?
n) ¿Cómo contribuyen estos mecanismos a la coordinación asistencial?
o) ¿Qué facilita la utilización de estos mecanismos?
p) ¿Qué dificulta la utilización de estos mecanismos? ¿Por qué?
q) ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la coordinación asistencial entre servicios?

4. Barreras y facilitadores del aseguramiento/Colombia
   a) ¿Qué opina del proceso para afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud? ¿Qué factores dificultan el aseguramiento? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Qué mejoraría?
   b) ¿Qué opina del proceso de elección de EPS? ¿Qué mejoraría?
   c) ¿Qué opina del proceso para cambiar de EPS? ¿Qué mejoraría?
   d) ¿Qué opina de la información que se le da al usuario sobre los servicios a los que tiene derecho en el momento de afiliarse? ¿Y sobre cómo utilizar los servicios?

Guía de entrevista: profesionales de los servicios de salud/personal administrativo

1. Acceso a los servicios de salud
   a) ¿Qué entiende por acceso a los servicios de salud?

b) ¿Qué entiende por buen acceso a los servicios de salud? ¿Y por mal acceso a los servicios de salud?
c) ¿Qué opina sobre el acceso a la atención de la población del área? (Preguntar específicamente sobre acceso a la atención especializada si no lo menciona).
d) ¿Qué factores dificultan el acceso? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Por qué?
(Preguntar por el acceso en general y a la atención especializada).
e) ¿Qué elementos relacionados con los servicios de salud influyen en el acceso a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: los servicios disponibles, distancia a los servicios, transporte, horarios de atención, tiempos de espera, proceso y trámites, coste de los servicios).
f) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
g) ¿Qué elementos relacionados con las EPS influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: autorizaciones, límites en las derivaciones, medicamentos, pruebas diagnósticas, auditoría clínica).
h) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?
i) ¿Qué elementos relacionados con la población influyen en el acceso adecuado a la atención? ¿Cómo influyen? ¿Por qué?
(Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: recursos económicos de la población y apoyo comunitario, necesidades de salud, conocimiento sobre los derechos y formas de acceder de los usuarios).
j) ¿Qué sugerencias tiene de mejora?

2. Coordinación asistencial
   a) ¿Cómo definiría la coordinación entre niveles asistenciales (I nivel/I nivel y especializada)?
   b) ¿Qué opina de la coordinación asistencial entre los servicios?
   c) ¿Qué elementos están facilitando la coordinación asistencial? ¿Qué elementos la están dificultando? ¿Por qué? ¿Cómo influye en la calidad de la asistencia?
   d) ¿Qué función tiene el I nivel de atención en la atención de un paciente? ¿Y la especializada? ¿Qué opina de cómo están ejerciendo esta función? ¿Qué mejoraría?

   e) ¿Cómo se comunican los profesionales de los diferentes niveles asistenciales? ¿Qué le parece? ¿Por qué? ¿Qué mejoraría?
   f) ¿Cómo se transmite la información clínica del paciente entre un nivel asistencial y otro? ¿Qué información clínica del paciente se comparte? ¿Qué opina de la información?
   g) ¿Qué mecanismos se utilizan para coordinar la prestación de servicios al paciente con los otros niveles asistenciales? ¿Qué le parecen? ¿Cómo contribuyen estos mecanismos a la coordinación asistencial? (Si no los mencionan, dar algunos ejemplos: circuitos de referencia y contrarreferencia, GPC, protocolos, planificación de alta hospitalaria, guía farmacológica compartida, grupos de trabajo entre niveles, puestos de enlace entre niveles).
   h) ¿Qué facilita la utilización de estos mecanismos? ¿Qué los dificulta? ¿Por qué?
   i) ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la coordinación asistencial entre servicios?
3. Barreras y facilitadores del aseguramiento/Colombia
   a) ¿Qué opina del proceso para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud? ¿Qué factores dificultan el aseguramiento? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Qué mejoraría?
   b) ¿Qué opina del proceso de elección de EPS? ¿Qué mejoraría?
   c) ¿Qué opina del proceso para cambiar de EPS? ¿Qué mejoraría?
   d) ¿Qué opina de la información que se le da al usuario sobre los servicios a los que tiene derecho en el momento de afiliarse? ¿Y sobre cómo utilizar los servicios?

Guía de entrevista: usuarios de los servicios de salud

1. Barreras y facilitadores en el uso de los servicios
   (Las preguntas sobre barreras y facilitadores se refieren al I nivel de atención y al especializado)
   a) ¿Usted padece alguna enfermedad?
   b) ¿Qué hace normalmente cuando tiene un problema de salud?
   c) ¿A qué tipo de servicios de salud asiste con mayor frecuencia? ¿Por qué? (Explique por qué asiste a ese tipo de servicio).

d) ¿Se le facilita usar los servicios de salud? ¿Por qué? (Profundizar en las respuestas). ¿Se le facilita consultar al médico general? ¿Por qué? ¿Se le facilita asistir al especialista? ¿Por qué?
(Profundizar en la opinión sobre: la ayuda familiar de la que dispone cuando tiene que acudir a un servicio de salud, los recursos económicos de los que dispone frente a los gastos de la atención, distancias, tipo de seguro).
e) ¿Con qué dificultades se encuentra cuando intenta utilizar los servicios de salud? ¿Qué hace ante estas dificultades? ¿Y cuándo visita al médico general? ¿Y al especialista?
(Abordar cada uno de estos aspectos, atención general y especializada).
(Profundizar en la opinión sobre: ubicación de los servicios, transporte, tiempo de espera, solicitud de citas, horarios de atención de los servicios, trámites, coste de los servicios).
f) ¿Qué mejoraría para facilitar el uso de los servicios? ¿Por qué?
g) ¿Qué servicios de salud tiene disponibles para atender sus problemas de salud? ¿Dónde se informó de los servicios disponibles? ¿Por qué? (Indagar por la disponibilidad de servicios de I nivel y especializada).
h) ¿Cómo es la calidad de los servicios de salud? ¿Por qué? ¿Qué habría que mejorar?
i) ¿Cuál es su opinión sobre la calidad de los recursos que tiene la institución para responder a sus necesidades de salud? (Personal, recursos de infraestructura, dotación).
j) ¿Qué opina de la información que le proporcionan?
k) ¿Cómo percibió la atención del profesional que atendió su caso? (Relaciones empáticas, respetuosas, comunicación clara y escucha atenta, trato igualitario).
l) ¿Para usted qué es un buen servicio de salud? ¿Y qué sería un mal servicio?
m) ¿Ha tenido algún otro seguro diferente al actual? (Medicina prepagada, seguro de salud). ¿Por qué?

2. Barreras y facilitadores del aseguramiento/Colombia
   a) ¿Cuáles fueron los trámites para la sisbenización - afiliación a una EPS - expedición de carné - etc.? Tiempo de espera de expedición

del carné, ¿con qué facilidades se encontró?, ¿con qué dificultades (indagar en caso de multiafiliación)?

b) ¿Pudo escoger la EPS? ¿Qué tipo de información le dieron para escoger la EPS? ¿Cuál fue el motivo para elegir esta EPS?
c) ¿Ha intentado alguna vez cambiar de EPS? ¿Por qué? ¿Qué facilidades ha tenido? ¿Qué dificultades?
d) ¿A qué servicios de salud tiene usted derecho por estar en el Sisbén (si es vinculado) o en la EPS (si está afiliado)? ¿Qué opina de los servicios que están incluidos?, ¿sacaría algunos, incluiría otros (pruebas complementarias, visitas, hospitalizaciones, etc.)?

Guías de entrevista individual y revisión de historias clínicas para el estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2

Guía de entrevista para analizar el acceso al continuo de servicios de salud y la continuidad asistencial en las patologías trazadoras: usuarias

1. Reconstrucción de la trayectoria asistencial
   a) ¿Qué enfermedades padece?, ¿cuánto tiempo hace que está enferma? (con cáncer de mama - diabetes).
   b) ¿Cómo se enteró de que tenía esta enfermedad?, ¿quién se la diagnosticó?, ¿qué hizo cuando lo supo?, ¿por qué?
   c) ¿Cómo fue su experiencia con los servicios de salud que utilizó para esta enfermedad?
   (Profundizar en la experiencia en la transición entre niveles asistenciales: remisión al especialista —(consultas externas, atención urgente)— tras ser visitado por el I nivel, solicitud de pruebas diagnósticas, hospitalización, remisión al médico general tras acudir al especialista o ser hospitalizado, trámites para obtener los servicios).
2. Acceso entre niveles asistenciales
   (Profundizar en los siguientes aspectos a medida que el usuario vaya narrando su experiencia con los servicios).
   a) ¿Qué le facilitó el uso de los servicios?, ¿por qué?, ¿con qué dificultades se encontró cuando intentó utilizar los servicios de salud?, ¿qué hizo ante estas dificultades?, ¿pudo completar su tratamiento para su enfermedad?, ¿por qué?

  b) (Profundizar en la opinión sobre la ubicación de los servicios, tiempo de espera, solicitud de citas, trámites, coste de los servicios).
  c) ¿Qué habría que mejorar para poder acceder y hacer uso de los servicios?
3. Continuidad de relación, gestión clínica e información
  a) ¿Le han tratado siempre los mismos profesionales para esta enfermedad o ha habido cambios?, ¿por qué?, ¿cómo le parece?
  b) ¿Cómo es la relación con estos profesionales? (Confianza, interés), ¿qué habría que mejorar?
  c) ¿Cuál es el profesional responsable del seguimiento de su enfermedad?, ¿por qué?
  d) ¿Cómo le parece la información que le dan los profesionales que le atienden? (Comprensión, cantidad), ¿qué habría que mejorar?
  e) ¿El médico le entiende cuando le cuenta sobre su enfermedad?, ¿por qué?
  f) ¿Le parece que el médico general y los especialistas que le han atendido se colaboran entre sí?, ¿por qué?, ¿qué habría que mejorar? (Explorar contradicciones en el tratamiento, información, pruebas diagnósticas).
     Cuando pasó de un centro a otro, ¿le parece que en el otro centro tenían información de su historia clínica previa (antecedentes, medicamentos, exámenes realizados)?, ¿por qué?, ¿cómo le parece?, ¿qué habría que mejorar?
  g) ¿Qué opina de la calidad de la atención recibida?, ¿qué habría que mejorar?
  h) ¿Qué entiende por coordinación/colaboración de los médicos que atienden a un enfermo?, ¿por qué cree que es importante?, ¿qué habría que mejorar?

Guía de entrevista para analizar el acceso al continuo de servicios de salud y la coordinación de la atención entre niveles en las patologías trazadoras: profesionales

1. Reconstrucción del caso y adecuación de la atención
  a) ¿Qué profesional hizo el diagnóstico a la paciente?, ¿cuándo?, ¿qué opina del diagnóstico que se le realizó?, ¿hubo retraso en el diagnóstico?, ¿por qué motivo?

b) ¿Qué servicios (pruebas diagnósticas, cirugías/terapias, fármacos, etc.) le han proporcionado los diferentes niveles asistenciales?, ¿qué opina de los servicios que ha recibido?, ¿qué mejoraría? (Profundizar si hubo algún servicio necesario que no se le ha proporcionado y/o alguno proporcionado que era innecesario).
c) ¿Cree que hubo alguna duplicidad de pruebas diagnósticas?
d) ¿Qué función tiene el I nivel (médico general) en la atención de la paciente?, ¿y la especializada?, ¿qué opina de cómo han ejercido esta función?, ¿qué mejoraría?
e) ¿Qué opina de la calidad de la atención que recibe la paciente?, ¿qué habría que mejorar?, ¿hubo complicaciones evitables?, ¿efectos secundarios de medicamentos?

2. Acceso a lo largo del continuo de servicios de salud
    a) ¿Qué opina sobre el acceso de la paciente a los servicios de salud (pruebas, visitas al médico general y al especialista, hospitalizaciones, etc.)?
    b) ¿Qué factores cree que facilitan este acceso?, ¿qué factores lo dificultan?, ¿por qué?
    (Si no los mencionan, dar ejemplos: servicios disponibles, acceso geográfico, horarios de atención, tiempos de espera para obtener un servicio y en la sala de espera, proceso y trámites (cita médica, pruebas, cirugía), coste de los servicios, prestaciones en los planes de beneficio).
    c) ¿Qué elementos relacionados con las aseguradoras (EPS, EPS-S) influyen en el acceso adecuado a la atención?, ¿cómo influyen?, ¿por qué?.
    (Si no los mencionan, dar ejemplos: autorizaciones, límites en las derivaciones, medicamentos, pruebas diagnósticas, auditoría clínica).
    d) ¿Qué elementos relacionados con la población influyen en el acceso adecuado a la atención?, ¿cómo influyen?, ¿por qué?
    (Si no los mencionan, dar ejemplos: recursos y apoyo comunitario, necesidades de salud, conocimiento sobre los derechos y formas de acceder, etc.).
    e) ¿Qué sugerencias tiene para la mejora del acceso?
    f) ¿Le parece que la paciente consultó oportunamente por su enfermedad? ¿Por qué?

3. Coordinación asistencial
    a) ¿Quién hace el seguimiento de esta paciente?, ¿con qué periodicidad?, ¿qué opina del seguimiento que se le realiza?
    b) ¿Le han tratado siempre los mismos profesionales o ha habido cambios?, ¿por qué?, ¿cómo le parece?
    c) ¿Cómo le parece la información que le proporcionan los profesionales a los pacientes? (Comprensión, cantidad), ¿qué habría que mejorar?
    d) ¿Qué opina de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que atienden a la paciente?, ¿y dentro del mismo nivel asistencial?, ¿qué mejoraría?
    e) ¿Qué elementos facilitan la coordinación asistencial?, ¿qué elementos la dificultan?, ¿por qué?, ¿cómo influye en la calidad de la asistencia?
    f) ¿Qué opina de la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que atienden a la paciente?, ¿y dentro del mismo nivel asistencial?, ¿qué mejoraría?
    g) ¿Qué información clínica de la paciente comparten los diferentes niveles asistenciales que la atienden?, ¿qué opina de esta información?, ¿qué mejoraría?
    h) ¿Qué mecanismos se utilizan para coordinar la prestación de servicios entre los diferentes niveles asistenciales que atienden a la paciente?, ¿qué opina?, ¿cómo contribuyen estos mecanismos a la coordinación asistencial?

Guía para analizar el acceso al continuo de servicios de salud y la coordinación de la atención en las patologías trazadoras: revisión historia clínica

A. Datos socioeconómicos del paciente

Fecha:
Edad:
Sexo:
Número del historial:
Estrato socioeconómico:
EPS:

B. Reconstrucción de la trayectoria asistencial

Enfermedades que padece
Fecha del diagnóstico de la enfermedad (trazadora)
Profesional/nivel asistencial que realizó el diagnóstico (tipo de profesional y nivel asistencial)
Servicios principales que le han proporcionado los diferentes niveles asistenciales (pruebas diagnósticas, cirugías/terapias, fármacos, etc.). Anotar fecha y niveles asistenciales

C. Continuidad de gestión clínica

Profesionales que le han hecho el seguimiento de la enfermedad (tipo de profesional y nivel)
Periodicidad de las visitas de control con los diferentes niveles
Periodicidad de las pruebas diagnósticas
Tiempo transcurrido desde la referencia del I nivel hasta la consulta con el especialista
Existencia de contrarreferencia desde la atención especializada al I nivel de atención. Tiempo transcurrido

D. Continuidad de información

Tipo de información clínica de la paciente que comparten los diferentes niveles asistenciales que la tratan (resultados de pruebas, fármacos prescritos, informes de alta, etc.). Verificar que existen pruebas diagnósticas procedentes de otros niveles asistenciales en la historia clínica.
Mecanismos o medios a través de los cuales está disponible dicha información (documento físico, sistema de información compartido).
Servicios de los diferentes niveles asistenciales que comparten esta información.
Número de historias clínicas del paciente en el mismo nivel asistencial y entre niveles asistenciales.

F. Continuidad de relación

Profesionales que la han atendido en el I nivel (mismos o diferentes)
Profesionales que la atienden cuando es hospitalizada y profesionales que hacen su seguimiento en consulta externa especializada para la misma especialidad

Roteiros para as entrevistas do estudo qualitativo sobre o acesso e a coordenação nas redes de serviços de Saúde

Roteiro de entrevista: gestores dos serviços de saúde

1. Política de regionalização / redes de serviços de saúde
   a) Nas políticas nacionais, como se definem as redes de serviços de saúde? Como são as redes que foram desenhadas (entidades que participam, localização, etc.)?
   b) Que estratégias são implementadas para desenvolver as redes de serviços de saúde?
   c) Qual sua opinião sobre a política? E sobre os resultados obtidos na área?
   (Não o mencionando, perguntar pela influência sobre o acesso, a coordenação entre os níveis assistenciais e a eficiência).
   d) Que reforços foram obtidos com a implementação desta política na área? E que dificuldades?
   e) Qual sua opinião sobre como foram divulgadas estas políticas às instituições e aos profissionais da rede?
   f) O que você acha sobre a coordenação das redes de serviços de saúde?
   g) Que aspectos da política de regionalização/configuração de redes de serviços de saúde são suscetíveis de melhora em relação ao acesso? E a coordenação? Por quê?

2. Acesso aos serviços de saúde
    a) O que você entende por acesso aos serviços de saúde?
    b) O que entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mal acesso aos serviços de saúde?
    c) Qual sua opinião sobre o acesso à atenção da população da área? (Perguntar especificamente sobre o acesso à atenção especializada, se não for mencionado).
    d) Que fatores dificultam o acesso? Que fatores o facilitam? Por quê? (Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada).
    e) Que elementos relacionados com os serviços de saúde influenciam no acesso à atenção? Como influenciam? Por quê?
    (Se não for mencionado, dar alguns exemplos: Os serviços disponíveis; Distância dos serviços, transporte; horários de atenção; tempos de espera; processo e trâmites (aprazamento médico, provas, cirurgias); custos dos serviços).
    f) Quais sugestões tem para melhora?
    g) Que elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado à atenção? Como influenciam? Por quê?
    (Se não for mencionado, dar alguns exemplos: recursos econômicos da população; apoio comunitário; necessidades de saúde; conhecimento sobre os direitos e formas de aceder dos usuários).
    h) Quais sugestões tem para melhora?
3. Coordenação assistencial
    a) Como você definiria a coordenação entre níveis assistenciais (atenção básica, de média e alta complexidade)?
    b) Qual sua opinião sobre a coordenação assistencial entre os serviços?
    c) Que elementos estão facilitando a coordenação assistencial? Que elementos estão dificultando? Por quê? Como influenciam na qualidade da assistência?
    d) Que função tem a atenção básica na assistência de um paciente? E a especializada? Qual sua opinião sobre como estão exercendo esta função? O que melhoraria?
    e) Como se comunicam os profissionais dos diferentes níveis assistenciais? Qual sua opinião? Por quê? O que melhoraria?

f) Como se transmite a informação clínica do paciente entre um nível assistencial e outro? Que informação clínica do paciente pode ser compartilhada? Qual sua opinão sobre a informação?
g) Quais mecanismos são utilizados para coordenar a prestação de serviços ao paciente com os outros níveis assistenciais? Qual sua opinão? Como estes mecanismos contribuem para a coordenação assistencial?
Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: circuitos de referência e contrarreferencia, GPC, protocolos, planejamento de alta hospitalar, guia farmacológica compartilhada, grupos de trabalho entre níveis, enfermeira de ligação entre níveis.
h) O que facilita a utilização destes mecanismos? O que os dificulta? Por quê?
i) Que sugestões têm para melhorar a coordenação assistencial entre serviços?

Roteiro de entrevista: profissionais de saúde

1. Acesso aos serviços de saúde
   a) O que você entende por acesso aos serviços de saúde?
   b) O que você entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mau acesso aos serviços de saúde?
   c) Qual sua opinião sobre o acesso à atenção da população da área? (Perguntar especificamente sobre acesso à atenção básica, média e alta complexidade se não forem mencionados).
   d) Que fatores dificultam o acesso? Que fatores o facilitam? Por quê? (Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada).
   e) Que elementos relacionados com os serviços de saúde influenciam no acesso à atenção? Como influenciam? Por quê?
   (Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: os serviços disponíveis; distância dos serviços, transporte; horários de atendimento; tempos de espera; processo e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia); custo dos serviços.
   f) Quais sugestões tem para melhorar?
   g) Que elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado à atenção? Como influenciam? Por quê?

(Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: recursos econômicos da população e apoio comunitário; necessidades de saúde; conhecimento sobre os direitos e formas de aceder dos usuários).

h) Quais sugestões tem para melhorar?

2. Coordenação assistencial
    a) Como você definiria a coordenação entre níveis assistenciais (atenção básica, média e alta complexidade)?
    b) Qual sua opinião da coordenação assistencial entre os serviços? Por quê?
    c) Que elementos estão facilitando a coordenação assistencial? Que elementos dificultam? Por quê? Como influencia na qualidade da assistência que presta?
    d) Que função tem a atenção básica na assistência de um paciente? E a especializada? Qual sua opinião sobre como estão exercendo esta função? O que melhoraria?
    e) Como se comunicam os profissionais dos diferentes níveis assistenciais? Qual sua opinião sobre isso? Por quê? O que melhoraria? Como influencia na qualidade do seu trabalho?
    f) Como se transmite a informação clínica do paciente entre um nível assistencial e outro? Que informação clínica do paciente pode ser compartilhada? Qual sua opinião sobre a informação?
    g) Quais mecanismos são utilizados para coordenar a prestação de serviços ao paciente com os outros níveis assistenciais? O que pensa sobre isso? Como estes mecanismos contribuem para a coordenação assistencial?

    (Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: circuitos de referência e contra-referência, linhas de cuidados, protocolos, relatório de alta hospitalar, roteiro farmacológica compartilhada, grupos de trabalho entre níveis, enfermeira de ligação entre níveis, guia de encaminhamento.
    h) O que facilita a utilização destes mecanismos? O que dificulta? Por quê?
    i) Quais sugestões tem para melhorar a coordenação assistencial entre serviços?
    j) Tem algo mais a acrescentar? Alguma dúvida sobre a entrevista?

Roteiro de entrevista: profissionais administrativos

1. Acesso aos serviços de saúde
   a) O que você entende por acesso aos serviços de saúde?
   b) O que você entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mau acesso aos serviços de saúde?
   c) Qual sua opinião sobre o acesso à atenção da população da área que utiliza o serviço em que você trabalha?
   (Perguntar especificamente sobre acesso à atenção básica, média e alta complexidade, se for mencionada).
   d) Para você, quais são os fatores que dificultam o acesso? Que fatores facilitam? Por quê?
   (Perguntar pelo acesso em geral e à atenção especializada)
   e) Quais elementos relacionados aos serviços de saúde influenciam no acesso à atenção? Como influenciam? Por quê?
   (Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: Os serviços disponíveis; distância dos serviços, transporte; acesso geográfico; horários de atendimento; tempos de espera; processo e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia); custo dos serviços).
   f) Quais sugestões você tem para melhorar?
   g) Quais elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado a atenção? Como influenciam? Por quê?
   (Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: Recursos econômicos da população e apoio comunitário; Necessidades de saúde; Conhecimento sobre os direitos e formas de aceder dos usuários).
   h) Quais sugestões têm para melhorar?
2. Coordenação assistencial
   a) Como você definiria a coordenação entre níveis assistenciais (atenção básica, média e alta complexidade)? (coordenação, colaboração, comunicação, cooperação, organização, entrelace...).
   b) O que pensa da coordenação assistencial entre os serviços? Por quê?
   c) Em sua opinião, que elementos estão facilitando a coordenação assistencial? Quais elementos estão dificultando? Por quê? Como estes elementos influenciam na qualidade da assistência? Que sugestões você daria para melhorar?

d) Que função tem a atenção básica na assistência de um paciente? E a especializada? Qual sua opinião sobre como estão exercendo esta função? O que melhoraria?
e) Como se comunicam os profissionais dos diferentes níveis assistenciais? Qual sua opinião sobre isso? Por quê? o que melhoraria? Como repercute na qualidade de seu trabalho?
f) Como se transmite a informação clínica do paciente entre um nível assistencial e outro? Que informações clínicas do paciente são compartilhadas? Qual sua opinião sobre a informação?
g) Quais mecanismos são utilizados para coordenar a prestação de serviços ao paciente com os outros níveis assistenciais? O que pensa? Como estes mecanismos contribuem a coordenação assistencial?
   (Se não forem mencionados, dar alguns exemplos: circuitos de referência e contrarreferencia, linhas de cuidado, protocolos, relatório de alta hospitalaria, guia farmacológica compartilhada, grupos de trabalho entre níveis, guia de encaminhamento.
h) O que facilita a utilização destes mecanismos? O que os dificulta? Por quê?
i) Quais sugestões têm para melhorar a coordenação assistencial entre os serviços? (Se não definiu coordenação assistencial, definir agora).
j) Tem algo mais a acrescentar? Alguma dúvida sobre a entrevista?

Roteiro de entrevista: usuários dos serviços de saúde

1. Barreiras e facilitadores no uso dos serviços
   (As perguntas sobre barreiras e facilitadores se referem à atenção básica, média e alta complexidade)
   a) O que você faz normalmente quando tem um problema de saúde? Por quais motivos procura os serviços de saúde? Além de procurar o serviço de saúde, faz alguma coisa mais para resolver o seu problema de saúde?
   b) A quais serviços de saúde você costuma ir? Por quê?
   c) O que pensa da qualidade da atenção dos serviços? Por quê? O que deveria melhorar?

d) O que facilita seu uso dos serviços de saúde? Por quê? E quando vai ao médico de família (do posto)? Por quê? E quando vai ao especialista?
(Aprofundar na opinião sobre: a ajuda familiar da qual dispõe quando tem que procurar um serviço de saúde; os recursos econômicos dos quais dispõe para os gastos com a atenção).
e) Com que dificuldades você depara quando tenta utilizar os serviços de saúde? O que faz diante destas dificuldades? Como e por quê? E quando vai ao médico de família? E ao especialista?
(Aprofundar a opinião sobre: localização dos serviços, transporte; tempo de espera; solicitação de consultas; horários de atendimento dos serviços; fluxos e guias de encaminhamentos, questões burocráticas; custos dos serviços).
f) O que deveria melhorar para facilitar o uso dos serviços? Por quê?
g) Quais serviços de saúde estão disponíveis para atender seus problemas de saúde? Onde você se informou sobre os serviços disponíveis? Como se informou?
h) O que você entende por bom acesso aos serviços de saúde? E por mau acesso aos serviços de saúde? (mencionar uso ou utilização dos serviços, se não souber).
i) De qual doença você padece?
j) Tem algum plano complementar de saúde? Já teve no passado? Por quê?
k) Tem algo mais a acrescentar? Alguma dúvida sobre a entrevista?

Roteiros de entrevistas individuais e revisão de historias clínicas para o estudo de caso de usuárias com cáncer de mama e diabetes mellitus tipo 2

Roteiros de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde e a continuidade assistencial nas patologias traçadoras: usuárias

1. Reconstrução da trajetória assistencial
   a) Qual o seu problema de saúde? Quanto tempo faz que está doente? (com câncer de mama ou diabetes).
   b) Como soube que tinha esta doença? Quem lhe diagnosticou? O que fez quando soube? Por quê?
   c) Como foi sua experiência com os serviços de saúde que utilizou para esta doença?
   (Aprofundar na experiência de transição entre níveis assistenciais: encaminhamento ao especialista, consultas externas, atenção urgente, depois de ser consultado pelo médico da atenção básica; solicitação de exames diagnósticos, hospitalização, encaminhamento do médico generalista para o especialista, trâmites para obter os serviços, encaminhamento ao médico de família após consulta com o especialista).
2. Acesso entre níveis assistenciais
   (Aprofundar nos seguintes aspectos, à a medida que o usuário vá narrando sua experiência com os serviços).

a) O que lhe facilitou o uso dos serviços? Por quê? Que dificuldades você encontrou quando tentou utilizar os serviços de saúde? O que fez diante destas dificuldades? Pode completar o tratamento para sua doença? Por quê?
(Aprofundar na opinião sobre localização dos serviços, tempo de espera, marcação de consultas, trâmites nos serviços, custos dos serviços).
b) O que deveria melhorar para poder ter acesso e fazer uso dos serviços?
c) Qual foi, para você, a porta de entrada para os serviços?

3. Continuidade de relação, gestão clinica e informação
    a) Você sempre foi tratado pelos mesmos profissionais para esta doença ou houve trocas? Por quê? O que pensa sobre isso?
    b) Como é a relação com estes profissionais? (confiança, interesse) O que teria que melhorar?
    c) Qual o profissional responsável pelo acompanhamento de seu problema de saúde? Por quê?
    d) O que acha da informação que os profissionais lhe dão quando o atendem? (compreensão, quantidade) O que deveria melhorar?
    e) O médico lhe entende quando você fala sobre sua doença? Por quê?
    f) Você acha que o médico do PSF e os especialistas que lhe atenderam colaboram entre si? Por quê? O que deveria melhorar?
    (Explorar contradições no tratamento, informação, exames diagnósticos)
    g) Quando passou de um serviço a outro, você achou que no outro serviço tinha informação de sua história clínica prévia (antecedentes, medicamentos, exames realizados)? Por quê? O que pensa sobre isso? O que teria que melhorar?
    h) O que você acha da qualidade da atenção recebida? O que deveria melhorar?
    i) O que você entende por coordenação/colaboração entre os médicos que atendem um doente? Por que acredita que é importante? O que deveria melhorar?

Roteiro de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde e a coordenação assistencial nas patologias traçadoras: profissionais

1) Reconstrução do caso e adequação da atenção
   a) Qual foi o profissional que fez o diagnóstico da paciente? Quando? Qual sua opinão sobre o diagnóstico que foi feito? Houve atraso não diagnóstico? Por qual motivo?
   b) Quais os serviços (exames diagnósticos, cirurgias/terapias, medicamentos, etc.) ofereceram os diferentes níveis assistenciais? O que pensa dos serviços que foram oferecidos? O que melhoraria? (Aprofundar se houve algum serviço necessário que não foi proporcionado e/ou algum que foi proporcionado e que era desnecessário).
   c) Acha que houve alguma duplicidade de exames diagnósticos?
   d) Qual função tem a atenção básica (médico do PSF) na atenção da paciente? E a especializada? O que acha de como exercem esta função? O que melhoraria?
   e) O que pensa da qualidade da atenção que recebe a paciente? O que deveria melhorar? Houve complicações evitáveis? Efeitos secundários de medicamentos?
2) Acesso ao longo do contínuo de serviços de saúde
   a) O que pensa sobre o acesso da paciente aos serviços de saúde (exames, consultas do médico de família e do especialista, hospitalizações, etc.)?
   b) Quais fatores pensa que facilitam este acesso? Quais fatores o dificultam? Por quê?
      (Se não forem mencionados, dar exemplos: serviços disponíveis, acesso geográfico, horários de atendimento, tempo de espera para obter um serviço e na sala de espera e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia), custo dos serviços, prestações nos planos de saúde).
   c) Quais elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado à atenção? Como influenciam? Por quê?

(Se não forem mencionados, dar exemplos: recursos, apoio comunitário, necessidades de saúde, conhecimento sobre os direitos e formas de ter acesso, etc.).

d) Quais sugestões têm para melhora o acesso?

e) Acredita que a paciente procurou a consulta oportunamente para sua doença? Por quê?

3) Coordenação assistencial

a) O que faz o seguimento desta usuária? Com que periodicidade? O que acha do seguimento que se faz ao usuário(a)?

b) A usuária foi sempre tratada pelos mesmos profissionais ou houve trocas? Por quê? O que pensa sobre isso?

c) O que pensa da informação que os profissionais proporcionam aos pacientes? (compreensão, quantidade) O que deveria melhorar?

d) O que pensa da coordenação entre os diferentes níveis assistenciais que atendem a paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?

e) Quais elementos facilitam a coordenação assistencial? Quais elementos a dificultam? Por quê? Como influencia na qualidade da assistência?

f) O que pensa da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais que atendem a paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?

g) Que informação clínica da paciente é compartilhada pelos diferentes níveis assistenciais que a atendem? O que pensa desta informação? O que melhoraria?

h) Que mecanismos são utilizados para coordenar a prestação de serviços entre os diferentes níveis assistenciais que atendem à paciente? O que pensa? Como contribuem estes mecanismos a coordenação assistencial?

(Se não responder, dar exemplos: circuitos de referência e contrarreferência, protocolos, planejamento da alta hospitalar, guia farmacológico compartilhado, grupos de trabalho inter níveis, postos de ligação entre níveis).

i) O que dificulta a utilização destes mecanismos? O que os facilita? Por quê? O que deveria melhoraria?

Roteiro para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde e a coordenaçao assistencial nas doenças traçadoras: revisão da história clínica

A. Dados socioeconômicos do paciente

Data:
Idade:
Sexo:
Número do prontuário:
Nível socioeconômico

B. Reconstrução da trajetória assistencial

Doença de que está acometido
Data do diagnóstico da doença
Profissional/nível assistencial que realizou o diagnóstico (tipo de profissional e nível assistencial)
Serviços que foi proporcionado pelos diferentes níveis assistenciais (exames diagnósticos, cirurgias/terapias, medicamentos, etc.). Anotar data e níveis assistenciais

C. Continuidade de gestão clinica

Profissionais que realizaram o seguimento da doença (tipo de profissional e nível)
Periodicidade das consultas de controle com os diferentes níveis
Periodicidade dos exames diagnósticos
Tempo transcorrido desde o encaminhamento da atenção básica até a consulta com o especialista
Existência de contrarreferência desde a atenção especializada até atenção básica. Tempo transcorrido

E. Continuidade de informação

Tipo de informação clínica da paciente que compartilham os diferentes níveis assistenciais que a tratam (resultados de exames, medicamentos prescritos, resumo de alta hospitalar, etc.) verificar que existem provas diagnósticas procedentes de outros níveis assistenciais na história clínica.
Mecanismos ou meios através do qual está disponível dita informação (documento físico, sistema de informação compartilhado)
Serviços dos diferentes níveis assistenciais que compartilham esta informação
Número de prontuários clínicos da paciente em mesmo nível assistencial e em outros níveis

F. Continuidade de relação

Profissionais que atenderam na atenção básica (mesmos ou diferentes)
Profissionais que atenderam quando esteve hospitalizada e profissionais que fazem seu seguimento na consulta ambulatorial especializada para a mesma especialidade

B. Glosario

Acción de tutela: mecanismo jurídico que busca proteger los derechos constitucionales fundamentales de los individuos cuando han sido vulnerados o amenazados por la acción u omisión de una autoridad pública.

Atención pertinente: es la que resulta conveniente a las condiciones y circunstancias, según las necesidades del paciente.

Atención especializada/II nivel de atención/media complejidad: se ocupa de la resolución de problemas de salud más complejos, derivados del I nivel de atención y que requieren de profesionales especializados. La atención se dispensa en dos tipos de centros: ambulatorio u hospitalario.

Atención integrada: cuando la coordinación asistencial alcanza su grado máximo, se considera que la atención está integrada.

Atención médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los pacientes.

Atención básica o I nivel de atención: se define como la puerta de entrada o el I nivel de contacto del usuario con el sistema sanitario. Se caracteriza por la capacidad de resolver los problemas más frecuentes, la accesibilidad, la integralidad y longitudinalidad o contacto a lo largo del tiempo.

Atención sociosanitaria/larga estancia/cuidados paliativos/convalescencia: son los servicios que dan atención a colectivos en situación de dependencia, como los enfermos de cuidados paliativos y de convalecencia, o bien las personas con alguna discapacidad.

Conciliación/reconciliación de los tratamientos: ajuste de la medicación para evitar la incompatibilidad medicamentosa.

Coordinación: acción de coordinar. Concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común.

Coordinación asistencial: es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, administrando los posibles conflictos. Se centra en la interacción entre proveedores. Se distinguen tres tipos de coordinación: *coordinación de la información, de la gestión clínica* y *la administrativa*.

Coordinación de la información: es la transferencia entre niveles de atención y uso de información de episodios anteriores y situación biopsicosocial para la atención actual al paciente. La manera en la que los profesionales se transmiten la información es importante para unir los eventos anteriores con los actuales y para adaptar la atención a las necesidades de los pacientes. Está definida por dos dimensiones: la *transferencia* es el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos niveles que participan en su atención, tanto mediante mecanismos formales como con el uso de canales de comunicación informal. Y la *utilización* de la información, es decir, su uso para circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial.

Coordinación de la gestión clínica: es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes niveles de atención y servicios que participan. Se define a partir de tres dimensiones, la coherencia de la atención (aproximaciones similares entre los profesionales de diferentes niveles), la accesibilidad entre niveles (provisión sin interrupciones) y el seguimiento adecuado del paciente entre niveles (en las transiciones de un nivel asistencial a otro).

Coordinación administrativa: es la coordinación del acceso del paciente a lo largo del continuo asistencial de acuerdo con sus necesidades. Sus atributos incluyen la existencia de mecanismos para la coordinación administrativa (centrales de referencia), la referencia admi-

nistrativa del paciente a la unidad adecuada dada sus necesidades y la programación de la consulta, prueba, etc.

Consistencia (o coherencia) de la atención: subdimensión de la coordinación de la gestión de la atención, implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales del I nivel de atención y la especializada, o distintas especialidades que prestan atención a un paciente.

Continuidad asistencial o de la atención: el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo. Se distinguen tres tipos de continuidad: información, gestión clínica y de relación.

Continuidad de la información: es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias. Implica la conexión de elementos separados de la atención a lo largo del tiempo.

Continuidad de la gestión clínica: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

Continuidad de relación: es la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores.

Continuo asistencial o de la atención: abarca la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, o, lo que es lo mismo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación.

Calidad de la atención: el grado en el cual los servicios de salud que proporcionan atención a los individuos y a la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento científico actual.

Efectividad: definida como dimensión de la calidad a nivel poblacional, se refiere a la provisión de servicios basados en el conocimiento científico para todos aquellos que se pueden beneficiar, absteniéndose aquellos que no se beneficiarían. A nivel individual, se denomina eficacia, y es el grado en el que la atención se provee de manera correcta, dado el

estado actual del conocimiento, para lograr los resultados deseados o previstos para el paciente.

Eficiencia: se refiere al mejor uso de los recursos escasos. Generalmente, se distinguen la *eficiencia técnica,* que se refiere a si un bien o servicio se produce empleando la combinación menos costosa de *inputs* (recursos), de la *eficiencia asignativa o distributiva,* que evalúa si la combinación de bienes y servicios producidos es la que más valora la sociedad.

Equidad: se basa en la noción de justicia social. En contexto de la prestación sanitaria, desde la óptica igualitarista, se definen tres aspectos: igual tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud.

Estrategia: un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo con los recursos necesarios para lograr un determinado fin o un objetivo deseado.

Eventos/patologías trazadoras: (diabetes mellitus de tipo 2 y cáncer de mama). En el Equity-LA, son las enfermedades que se utilizan en el estudio para profundizar en el análisis del desempeño de las redes de servicios de salud.

Gerente/directivo: se aplica a la persona, órgano de una entidad, etc., que tiene como función dirigir. Se aplica también a las personas que forman parte de una junta directiva.

Gestión de casos (GC): provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente. Se centra en pacientes individuales considerados a riesgo. Se basa en la figura del gestor de casos, quien coordina la atención a lo largo del continuo asistencial para alcanzar los resultados clínicos y económicos deseados.

Glosa: es una objeción a una cuenta de cobro presentada por una institución prestadora de servicios de salud, originada por la inconsistencia detectada en la revisión de la factura y de su respectivo soporte por parte de la entidad responsable del pago y que debe ser aclarada o corregida por el prestador de servicios de salud.

Guías farmacológicas compartidas entre niveles asistenciales: conjunto de recomendaciones farmacológicas que contemplan las indicaciones del tratamiento, detalle de la dosis, efectos secundarios, etc.

Sólo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Guías de práctica clínica/Linha de cuidados: son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud. Solo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Grupo de trabajo: comité de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos, de los cuales son mutuamente responsables. Sólo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Historia clínica: es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona que realizan los profesionales sanitarios a lo largo del proceso asistencial.

Hoja/formulario de referencia y contrarreferencia: es el instrumento que se utiliza para transferir información entre los niveles de atención, en el que el profesional que envía consigna la información del paciente pertinente para el profesional que lo recibe.

Integración asistencial o de la atención: cuando la coordinación asistencial alcanza su grado máximo, se considera que la atención está integrada.

Intervención: acción y efecto de intervenir de manera activa. Es una acción programada y justificada, que se realiza sobre un colectivo o individuo, con el fin de mejorar su situación.

Mapas de atención, trayectorias clínicas o protocolos: son planes de gestión de la atención que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que serán necesarias llevar a cabo por los profesionales para alcanzar los objetivos en un tiempo determinado. Solo en caso de incluir recomendaciones para los distintos niveles se puede contemplar como mecanismo de coordinación de la atención interniveles.

Mecanismos de coordinación asistencial de la atención: son los medios con los que las organizaciones coordinan su trabajo asistencial. Dependiendo de la forma de coordinación en la que se basan, se distinguen dos tipos fundamentales: de *normalización o estandarización,* en los que se alcanza la coordinación especificando de antemano procesos, resultados o habilidades; y mecanismos de *adaptación mutua,* que coordinan el trabajo estimulando el contacto entre los individuos involucrados directamente en el proceso, en situaciones en las que resulta muy complicado planificar de antemano.

Planificación del alta hospitalaria: es un caso particular del mapa de atención en el momento del alta.

Población de referencia: (sinónimo Arg/Uy: población adscrita) población sobre cuya atención en salud es responsable el servicio de salud.

Programas de gestión de enfermedades (PGE): es un modelo de gestión clínica compartida que consiste en un conjunto coordinado de información e intervenciones sanitarias para poblaciones con diagnósticos específicos. Los PGE se dirigen a enfermedades con elevada prevalencia, que requieran de atención intensiva o de elevado coste. Estos programas facilitan que los profesionales se pongan de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención.

Profesionales de salud: todos aquellos que intervienen en la atención del paciente en los distintos niveles asistenciales (médicos generalistas, médico de familia, especialistas, médicos internistas, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, etc.).

Proveedores/prestadores de servicios: son los responsables de la producción de servicios de salud a partir de la gestión de los recursos financieros, humanos y materiales de los que dispone el proveedor o prestador, o le son asignados desde otra instancia.

Puesto de enlace: se trata de un mecanismo de adaptación mutua que consiste en un profesional que hace de nexo para coordinar el trabajo entre dos o más niveles asistenciales. Ej.: enfermera de enlace.

Redes integradas de servicios de salud: conjunto de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de servicios a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población.

Referencia y contrarreferencia de los pacientes/derivación/transferencia/remisión/interconsulta: es un procedimiento de coordinación entre niveles asistenciales, que permite realizar un direccionamiento del paciente —adecuado según su perfil o debido a la prioridad/urgencia de su caso, o bien por las competencias del profesional— a otro nivel asistencial para recibir atención.

Seguimiento del paciente: se trata de una dimensión de la coordinación de la gestión de la atención y hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por parte del I nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista).

Sistema experto o métodos reflexivos: constituido por estrategias de capacitación continuada que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos y, de esta manera, a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. También se conocen como métodos reflexivos de capacitación. Ej.: visita conjunta, sesiones clínicas conjuntas, programas de formación continua, supervisión capacitante, etc.

Sistema de información clínica integrado: sistema mediante el cual se une a los pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial. Incluye el sistema integrado de registros clínicos, herramientas de soporte a la decisión clínica y el sistema de análisis de información de resultados, que da soporte a la práctica médica.

Transferencia de información: como una dimensión de la coordinación de la información, se refiere al intercambio de información clínica y biopsicosocial sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales e o comunicación informal.

Unidades operativas: o dispositivos de atención que constituyen la red de servicios. Ej.: los centros de atención primaria, los hospitales, centros sociosanitarios, centros de salud mental, laboratorio de referencia.

Usuarios de los servicios de salud: individuos que utilizan el sistema salud.

Utilización de la información: dimensión de la coordinación de la información, se define como el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial.

C. Artículos publicados con resultados del estudio

Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to care coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy Plan. 2016;31:736-48.

Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, Aller MB y Vázquez Ml. Patient perceptions of continuity of care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and North-eastern Brazil. Health Policy Plan. 2017, 1-14.

Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. BMC Health Serv Res. 2015;15:213.

Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, da Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. Health Policy Plan. 2015;30(6):705-17.

Garcia-Subirats I, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2015;29:88-96.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A study in municipalities of central Colombia and North-eastern Brazil. Soc Sci Med. 2014;106:204-13.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2014;28(6):480-8.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, Borrell C y Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Int J Equity Health. 2014;13:10.

Este libro fue compuesto en caracteres Kepler Std 11.5
puntos, impreso sobre papel propal de 70 gramos y
encuadernado con método *hot melt* en enero de 2018
en Bogotá D. C., Colombia
Panamericana Formas e Impresos S. A.